

ANNÉE 1927

THÈSE

N°

258

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Alexandre HADJIGEORGIOU

*de la Faculté de Médecine de Paris
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris*

né à Smyrne le 6 Décembre 1899

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
du Diagnostic d'origine
des Fistules et Abscess tuberculeux**

Précisions diagnostiques apportées par l'examen lipiodolé

Travail du service du Docteur E. SORREL
(Hôpital Maritime de Berck)

Président : M. LEJARS Professeur

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE ET C^{ie}, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

1927

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(Mention Médecine)

PAR

Alexandre HADJIGEORGIOU

*de la Faculté de Médecine de Paris
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris*

né à Smyrne le 6 Décembre 1899

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
du Diagnostic d'origine
des Fistules et Abscess tuberculeux

Précisions diagnostiques apportées par l'examen lipiodolé

Travail du service du Docteur E. SORREL
(Hôpital Maritime de Berck)

Président : M. LEJARS Professeur

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUBE ET C^{ie}, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

1927

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNÉO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBE
Pathologie médicale	SICARD
Pathologie chirurgicale	LECÈNE
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Clinique médicale	{ GILBERT
	{ BEZANÇON
	{ ACHARD
	{ WIDAL
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ...	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	{ DELBET
	{ HARTMANN
	{ LEJARS
	{ GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	LEGUEU
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE
	{ BRINDEAU
	{ JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE
Clinique thérapeutique chirurgicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SIBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	Pathologie médicale.
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHET Fils	Physiologie.
TANON	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.
KETTERER	Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
IEREBoullet	Clinique médicale infantile.
IÉRY	Clinique médicale.
LOÉPER	Clinique médicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
RATHERY	Clinique médicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

MAUCLAIRE, agrégé	Chargé de cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes aveugles.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
IEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de ma reconnaissance et de mon affection.

A MES SŒURS

A MES FRÈRES

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEJARS

Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur
Membre de l'Académie de Médecine

*Qui nous fit l'honneur de prési-
der cette thèse.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR E. SORREL

Chirurgien des Hôpitaux de Paris
Chirurgien-Chef de l'Hôpital Maritime
Chevalier de la Légion d'Honneur
Médaille Militaire, Croix de Guerre

*Il nous a accueilli avec l'amabilité
qui lui est coutumière, et nous a guidé
de ses précieux conseils.*

*Nous avons passé trois années dans
son service et nous lui devons le meilleur
de ce que nous savons.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de notre profonde gratitude.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage :

Monsieur le Professeur agrégé OETTINGER
(in memoriam)

Monsieur le Professeur agrégé RIBIERRE
(in memoriam)

Monsieur le Professeur LÉON BERNARD

Externat :

Monsieur le Professeur JEAN-LOUIS FAURE

Monsieur le Professeur agrégé PROUST

Monsieur le Professeur LEGUEU

En fonctions d'interne :

Monsieur le Docteur SORREL

AVANT-PROPOS

Ce n'est pas sans une certaine émotion que je vois, avec ce travail, se terminer le cycle de mes études médicales. Et je ne voudrais pas aborder le sujet de ma thèse sans adresser à tous ceux qui m'ont guidé et conseillé l'expression de mes sentiments reconnaissants.

Je remercierai d'abord M. le Docteur Sorrel, qui m'a inspiré le sujet de cette thèse et qui, en m'accueillant dans son service, m'a permis d'acquérir auprès de nombreux malades l'expérience qui me faisait défaut.

J'adresse à MM. les Docteurs Andrieu, Delahaye et Bouquier, Chirurgiens-Assistants de l'Hôpital Maritime, dont les conseils m'ont été si précieux, mes remerciements les plus vifs. Leur souvenir me suivra dans toutes les étapes de ma vie médicale comme un exemple d'abnégation et de dévouement absolus.

Que MM. les Docteurs Mozer, Parin, veuillent trouver également ici l'expression de toute ma gratitude.

J'adresserai enfin un souvenir ému à tous mes collègues de France qui, pendant huit ans, ont su me faire oublier mon pays, en me faisant aimer le leur.

A. H.

INTRODUCTION

L'examen radiographique de certains organes après injection de substances opaques, est, actuellement, une méthode d'exploration très courante, à la suite des travaux du Professeur Sicard et de ses élèves sur l'emploi de l'huile iodée.

Nous avons appliqué avec succès cette méthode à l'étude de certains abcès froids et trajets fistuleux, dont l'origine exacte était difficile à déterminer par les moyens cliniques et radiographiques habituels.

Depuis trois ans environ, nous avons eu l'occasion de pratiquer dans le service du Docteur E. Sorrel, à l'Hôpital Maritime et à l'Hôpital Maritime annexe, un certain nombre d'examens de fistules et d'abcès après injection d'huile iodée. Par ce procédé nous avons eu la satisfaction de pouvoir préciser ou rectifier quelques diagnostics que ni l'examen clinique le plus minutieux ni les épreuves radiographiques répétées ne permettaient d'affirmer.

Etant donné l'importance d'un diagnostic exact du siège de la lésion dans la tuberculose externe, pour le traitement à envisager dans chaque cas, nous avons cru utile d'étudier les difficultés que peut pré-

senter le diagnostic du point de départ de certains abcès froids fermés ou fistulisés.

Il est évident qu'un examen clinique approfondi et des bonnes radiographies suffisent dans la grande majorité des cas à porter un diagnostic précis.

Ce n'est que dans quelques cas relativement rares que les injections d'huile iodée ont été pour nous une méthode complémentaire très utile.

Dans les deux premiers chapitres nous mentionnerons les difficultés diagnostiques de certains abcès et fistules en insistant sur les particularités cliniques qu'ils présentent d'après leur siège dans un certain nombre de régions et nous publierons nos observations.

Dans les chapitres suivants nous ferons un court exposé de la technique que nous avons employée pour les injections d'huile iodée; et, après avoir étudié l'interprétation des radiographies, nous verrons quelles conclusions on peut tirer de leur lecture et ce qu'ont peut attendre de cette méthode d'exploration dans la tuberculose externe.

DIAGNOSTIC DE L'ORIGINE DES ABCES FROIDS ET FISTULES

Le diagnostic du point de départ d'un abcès froid fermé ou fistulisé est en général facilement établi par un examen clinique méthodique et minutieux complété par de bonnes radiographies.

En effet presque toujours une collection tuberculeuse, qu'elle soit développée primitivement dans le tissu cellulaire sous-cutané, ou qu'elle soit symptomatique d'une lésion ganglionnaire, osseuse, articulaire ou autre, est précédée ou accompagnée de signes cliniques permettant de préciser le siège de ces lésions.

Les localisations ostéo-articulaires ou osseuses se manifestent aussi par des signes radiographiques communs à toutes les lésions tuberculeuses et permettant, non seulement de préciser leur origine, mais aussi leur étendue.

En plus, et surtout chez l'enfant, on peut dans quelques cas, d'après la radiographie, fixer l'âge

approximatif des lésions et, suivant certains signes correspondant à une des deux phases anatomo-pathologiques de la maladie — phase de destruction ou de réparation — établir un diagnostic et diriger le traitement.

Mais nous avons eu l'occasion d'observer un certain nombre d'abcès et fistules tuberculeuses qui ont pu prêter à discussion pour la détermination de leur point de départ.

Des examens minutieux et des radiographies répétées n'ont pu nous donner, dans plusieurs de ces cas, que des présomptions en faveur de leur diagnostic, et seules, parfois, les radiographies après injection d'huile opaque nous ont permis de le préciser.

Ces cas, exceptionnels chez l'enfant, sont beaucoup plus fréquents chez l'adulte.

Il n'y a pas lieu de s'étonner de cette particularité ; car les différences essentielles qui existent entre la tuberculose ostéo-articulaire de l'enfant et celle de l'adulte peuvent nous donner l'explication de ce fait.

Chez l'adulte :

La destruction osseuse est moins complète que chez l'enfant, tout en étant plus étendue, et détruit rarement l'architecture osseuse au point de déterminer des lésions suffisantes pour être cliniquement apparentes.

L'abcès froid venant pointer souvent à longue distance du foyer osseux d'origine est parfois le premier symptôme clinique apparent d'un mal de Pott,

moins souvent d'une coxalgie ou d'une autre localisation tuberculeuse.

Enfin, l'examen clinique du squelette est assez délicat à cause de l'épaisseur des parties molles, et l'interprétation des radiographies est parfois d'une très grande difficulté.

Chez l'enfant :

La destruction osseuse est presque toujours très importante et, en modifiant de ce fait les rapports osseux normaux, peut facilement être diagnostiquée par les moyens cliniques et radiographiques habituels. L'abcès est un signe tardif et il est exceptionnel qu'au moment où il apparaît, le diagnostic du siège de l'affection causale ne soit pas fait.

L'examen clinique du squelette est relativement facile, et les radiographies, en général assez nettes, permettent de préciser le siège et l'étendue des lésions.

Ce court exposé permet de faire comprendre pourquoi, tout en ayant l'occasion d'examiner à Berck, dans les deux hôpitaux de l'Assistance Publique de Paris, un plus grand nombre d'enfants que d'adultes, sur les 29 observations que nous présentons, nous étudions 20 cas d'adultes et 9 cas d'enfants.

Le diagnostic d'origine d'un abcès froid, même dans le cas où celui-ci est la première et la seule manifestation clinique d'une tuberculose ostéo-articulaire, peut facilement être établi dans quelques cas, étant donné que les collections dépendant de

certaines lésions suivent une marche toujours identique.

C'est ainsi, par exemple, qu'un abcès du psoas permet, sans se tromper, de porter le diagnostic de mal de Pott lombaire ou dorso-lombaire.

Par contre, le siège de ces abcès dans certaines régions, véritables carrefours, dont la région trochantérienne nous paraît le type, prête souvent à confusion et entraîne à une erreur dans le diagnostic de leur point de départ.

Enfin, l'étude de nos observations nous montre que certaines localisations tuberculeuses donnent plus fréquemment des collections dont l'origine est parfois difficile à déterminer.

Nous verrons, dans le chapitre suivant, les difficultés cliniques et diagnostiques que ces abcès suscitent d'après les différentes régions qu'ils occupent.

CARACTERES DES ABCES FROIDS ET FISTULES DANS CERTAINES REGIONS

Parmi les nombreux malades que nous avons examinés dans les services de notre maître, le docteur E. Sorrel, nous avons remarqué que le diagnostic d'origine de certains abcès présente des difficultés plus grandes et plus fréquentes suivant les régions où ils sont situés.

C'est par ces collections situées dans les régions où nous les avons rencontrées le plus souvent que nous commencerons notre étude, la continuant par celles d'un diagnostic de plus en plus aisé.

Nous adopterons l'ordre d'étude suivant :

I. — *Abcès et fistules de la racine de la cuisse, qui*

représente la région la plus importante par la fréquence des suppurations tuberculeuses et la diversité de leur origine.

Nous les classerons en :

- a) Abscesses et fistules de la région trochantérienne ;
- b) Abscesses et fistules de la face antéro-interne de la cuisse ;
- c) Abscesses et fistules de la région fessière.

II. — *Abscesses et fistules du thorax et de la région lombaire.*

III. — *Abscesses et fistules du cou.*

IV. — *Abscesses et fistules des fosses iliaques.*

V. — *Abscesses des membres.*

La critique de nos observations nous amènera nécessairement à étudier, pour chacun de ces carrefours, l'origine possible des abscesses que nous y avons rencontrés. Nous la compléterons par les éléments qui permettent de préciser leur origine et d'éviter des erreurs.

Pour cela, nous avons choisi nos observations parmi les malades les plus typiques venus à Berck avec un diagnostic qui ne pouvait pas résister à une critique serrée, et devant lequel nous restions indécis.

Dans tous ces cas, l'examen après injection d'huile iodée nous a permis, soit de confirmer les hypothèses émises après un examen clinique et radiographique, soit de rectifier un diagnostic erroné.

I. — ABCÈS ET FISTULES DE LA RACINE DE LA CUISSE

Parmi les abcès de la racine de la cuisse que nous avons eu l'occasion d'étudier, nous retiendrons 18 observations qui nous ont paru les plus typiques.

Nous présenterons successivement :

7 observations d'abcès fermés ou fistulisés siégeant au niveau de la région trochantérienne ;

6 observations de la région antéro-interne de la cuisse ;

5 de la région fessière.

a) RÉGION TROCHANTÉRIENNE

Le diagnostic d'un abcès ou d'une fistule siégeant dans cette région est parfois très délicat.

Nombreuses sont, en effet, les causes d'erreur, parce que le point de départ des collections qui paraissent dans cette région est très variable.

Mal de Pott sacré ou sacro-lombaire ;

Mal de Pott lombaire ou dorso-lombaire ;

Sacro-coxalgie ;

Coxalgie ;

Lésions juxta-articulaires de la hanche ;

Bursite trochantérienne,

sont autant d'hypothèses à discuter.

Dans les 7 observations que nous allons présenter, nous avons précisément été amenés à rectifier le diagnostic de la localisation du point de départ de l'abcès, grâce à un examen lipiodolé pratiqué après l'examen clinique et radiographique.

OBSERVATION I

P.. Marie-Louise, âgée de 33 ans, entre à l'Hôpital Maritime annexe le 20 juin 1925.

Réaction de Wasserman négative, cutiréaction positive.

Diagnostic d'envoi : Sacrocoxalgie gauche.

Diagnostic définitif : Mal de Pott dorso-lombaire.

Le début de l'affection remonte à septembre 1923, par des douleurs dans le membre inférieur gauche.

Apparition de l'abcès de la face externe de la cuisse en janvier 1925.

L'examen de la malade est pratiqué le 29 juin 1925.

On note : Une tuméfaction de la racine de la cuisse avec un gros abcès de la face antérieure de la cuisse gauche, et un autre à la face externe.

La fosse iliaque n'est pas complètement libre.

Les mouvements de la hanche sont limités, et en particulier l'hyperextension et l'abduction de la cuisse.

Il existe un redressement de la colonne lombaire et la fossette de la 5° V. L. est effacée.

Pas de point osseux douloureux au niveau des apophyses épineuses.

Le diagnostic d'une lésion vertébrale est posé, et sa

localisation au point de vue clinique semble être la 5^e V. L.

Les radiographies de la colonne lombaire et du sacrum sont négatives.

Le 12 août 1925, après ponction de l'abcès de la face externe de la cuisse, qui est assez volumineux, on injecte 9 cc. d'huile iodée dans la poche.

Les radiographies faites deux jours après cette injection montrent que le lipiodol est remonté jusqu'au niveau de la région dorso-lombaire de la colonne.

Une nouvelle radio centrée sur cette région montre qu'il existe en effet un pincement du disque situé entre la 12^e V. D. et la 1^{re} V. L. L'abcès disparaît en octobre 1925, et une ostéosynthèse par le procédé d'Albee est pratiquée le 2 mars 1926.

La malade quitte l'hôpital le 13 septembre 1926.

OBSERVATION II

La... Louis, âgé de 40 ans, entre à l'Hôpital Maritime annexe le 15 mars 1924.

Réaction de Wassermann négative, cuti-réaction positive.

Diagnostic d'envoi : Trochantérite bacillaire.

Diagnostic définitif : Ostéite du sacrum.

Le malade a présenté, en 1919, plusieurs localisations ganglionnaires et osseuses dont il porte les cicatrices que nous constatons au niveau du cou, des aisselles, des régions inguinales et de la paroi thoracique, surtout à droite.

Toutes ces lésions ont suppuré pendant deux ans, et restent cicatrisées depuis 1922.

Elles ont laissé des cicatrices chéloïdiennes au niveau des ganglions atteints, surtout très marqués au niveau des ganglions sous-maxillaires gauches et de l'aisselle droite, où persistent de très petites fistules.

Le début de la maladie actuelle remonte à juillet 1923 par des douleurs sciatiques plus fortes du côté droit.

Un abcès situé à la face externe de la cuisse apparaît en septembre 1923.

Le malade consulte pour cet abcès à l'Hôpital Saint-Louis, où le diagnostic de trochantérite bacillaire est posé, et on l'opère le 26 octobre 1923.

A l'examen du malade, pratiqué à son entrée à l'hôpital le 19 mars 1924, nous constatons :

Une plaie opératoire, située à la région trochantérienne droite, non cicatrisée, bourgeonnante et suppurant abondamment.

Le stylet pénètre à 5 centimètres environ de profondeur dans le trajet fistuleux, sans rencontrer de point osseux perceptible.

L'articulation de la hanche est libre. Par contre, il existe une légère atrophie de la cuisse droite. La colonne vertébrale est souple et la sacro-iliaque n'est pas douloureuse.

Sur les radiographies du bassin et de la colonne vertébrale, on ne voit pas de lésions osseuses, mais les épreuves pratiquées après injection d'huile opaque le 20 mars 1924 montrent que la substance opaque ne s'arrête pas

à la région trochantérienne, mais remonte jusqu'à hauteur de la zone lombo-sacrée.

Le trochanter ne paraît pas être la cause de la suppuration qui semble, d'après les radiographies, siéger au niveau du sacrum.

La multiplicité extrême des lésions et, malgré cela, l'excellence de l'état général, permet de soupçonner une autre cause que la bacillose.

L'ensemencement du pus sur gélose ne laisse pousser que des staphylocoques.

Nous instituons à notre malade un traitement antis. Il reçoit deux séries de novar. de 3 gr. 75, séparées par un traitement iodo-mercureux. (Iodure de K. et sirop de Gibert.)

En novembre 1924, la plaie opératoire est complètement cicatrisée, l'état général du malade est excellent. Il quitte l'hôpital le 15 décembre 1924, paraissant complètement guéri.

OBSERVATION III

R.. Suzanne, âgée de 21 ans, entre à l'Hôpital Maritime annexe le 15 septembre 1923.

Diagnostic d'envoi : Coxalgie gauche.

Diagnostic définitif : Mal de Pott lombaire.

A l'âge de 12 ans, a été soignée à l'Hôpital Trousseau pendant deux ans pour une coxalgie gauche. Mais elle a marché depuis 1917 jusqu'en janvier 1923 sans boîter et sans se plaindre de sa hanche.

A ce moment, elle commence à souffrir au niveau de l'aîne gauche, et traîne sa jambe en marchant.

En juillet 1923 apparaissent deux abcès : l'un au niveau de la région trochantérienne, l'autre à la face antérieure de la cuisse.

L'examen de la malade est pratiqué le 20 septembre 1923. On constate l'existence de fistules dont l'une siège au niveau de la région trochantérienne.

Les mouvements de la hanche sont libres.

Il n'y a pas d'abcès de la fosse iliaque interne.

Les radiographies de la hanche droite ne sont pas nettes ; la tête fémorale paraît légèrement décalcifiée, et les contours articulaires ne se dessinent pas nettement.

La colonne vertébrale est souple ; il n'y a pas de redressement de la colonne lombaire.

L'origine de ces fistules qui continuent à suppurer paraît cliniquement douteuse, et de nouvelles radiographies montrent l'intégrité de l'articulation coxo-fémorale.

L'hypothèse d'une lésion pottique est discutée, mais les radiographies de la colonne lombaire ne permettent pas de l'affirmer.

Les épreuves faites après l'injection d'huile iodée dans la fistule externe montrent que la substance opaque remonte jusqu'à la 4^e V. L.

La malade, soignée comme atteinte de mal de Pott, a continué à suppurer jusqu'en mars 1925.

Six mois après la fermeture de ses fistules, on autorise la marche, qui est absolument normale, et elle quitte l'hôpital le 31 octobre 1925.

OBSERVATION IV

(E. Sorrel et A. Delahaye, in Revue d'Orthopédie,
n° 2, mars 1926.)

S.. Raymonde, âgée de 18 ans, entre à l'Hôpital Maritime annexe le 22 septembre 1924.

Diagnostic d'envoi : Abscess froid trochantérien droit.

Diagnostic définitif : Mal de Pott lombo-sacré avec abscess présacré.

L'examen de la malade est pratiqué le 24 septembre 1924.

Le début de l'abscess remonte à mai 1919. Traité par de nombreuses ponctions suivies d'injections modificatrices, il s'est asséché pour reparaître en juillet 1922. Il est ponctionné 6 fois en deux mois, puis extirpé à Paris le 30 novembre 1922 ; sa cicatrisation se fait *per primam*.

La malade vient pour la première fois à Berck, le 12 mai 1923, comme convalescente. La cicatrice est sèche, l'examen de la hanche et du dos ne montre rien d'anormal ; après un mois de séjour sans incident, S... sort de l'hôpital sur la demande de sa mère.

Elle est admise de nouveau le 22 septembre 1924, avec trois fistules au niveau de sa cicatrice.

Les mouvements de la hanche sont parfaitement libres. L'origine trochantérienne de la lésion semblant douteuse, on songe à la possibilité de mal de Pott lombo-sacré.

Le 12 décembre 1924, une injection d'huile iodée est pratiquée dans le trajet fistuleux. L'image radiographique montre une grosse tache sombre au niveau de la région trochantérienne, puis une longue traînée opaque

traverse l'échancrure sciatique et atteint la 5° vertèbre lombaire et la 1^{re} vertèbre sacrée, qui sont nettement décalcifiées. Une tache sombre au niveau de la 2° et de la 3° pièce sacrée prouvent l'existence d'un abcès présacré.

OBSERVATION V

G... Joséphine, âgée de 29 ans, entre à l'Hôpital Maritime annexe le 12 avril 1922.

Réaction de Wassermann négative ; cuti-réaction positive.

Diagnostic d'envoi : Coxalgie gauche.

Diagnostic définitif : Coxalgie gauche et mal de Pott lombaire.

L'examen de la malade est pratiqué le 13 avril 1922.

Le diagnostic de coxalgie est confirmé, la hanche est en abduction, rotation externe et flexion. La racine de la cuisse est tuméfiée et on note l'existence d'une adénopathie dans la région crurale ; et, au niveau de la région trochantérienne, d'un gros abcès fluctuant.

Les mouvements spontanés de la hanche sont impossibles, les mouvements provoqués sont très limités, le grand trochanter est remonté, et il existe un raccourcissement de 4 centimètres du membre inférieur gauche.

On constate en plus un redressement de la colonne lombaire, mais la malade n'accuse aucune douleur à ce niveau.

D'avril 1922 à juillet 1922, l'abcès de la face externe de la cuisse est ponctionné six fois. La radiographie de la colonne lombaire faite le 31 août 1922 nous montre

l'existence d'un mal de Pott lombaire avec destruction partielle des 2° et 3° vertèbres lombaires.

En septembre 1922, apparaît un autre abcès au niveau de la face antérieure de la cuisse, et les deux collections sont ponctionnées à plusieurs reprises.

L'abcès de la face externe de la cuisse se fistulise en septembre 1924.

Le diagnostic du point de départ de la suppuration du fait de la coexistence d'un foyer pottique et d'une ostéo-arthrite de la hanche est assez délicat à préciser par l'examen clinique de la malade. Les épreuves radiographiques, après injection d'huile iodée dans la fistule trochantérienne, nous montrent que la suppuration péri-articulaire est sous la dépendance de la lésion pottique. La substance opaque remonte jusqu'à la 2° vertèbre lombaire. Elle passe entre L. 2 et L. 3 et nous montre l'existence d'un petit abcès para-vertébral droit.

En janvier 1925, apparition d'un abcès de la fosse iliaque gauche que l'on ponctionne à diverses reprises jusqu'en mai 1925.

La malade quitte l'hôpital en août 1925, sur sa demande.

OBSERVATION VI

C... Albert, âgé de 37 ans, entre à l'Hôpital Maritime annexe le 14 avril 1926.

Réaction de Wassermann négative ; cuti-réaction positive.

Diagnostic d'envoi : Abcès de la région trochantérienne.

Diagnostic définitif : Trochantérite droite.

Le début de la maladie actuelle remonte à juillet 1925. L'abcès de la région trochantérienne est apparu quelques semaines après, et ponctionné à plusieurs reprises ; il s'est fistulisé le 10 avril 1926.

A l'examen du malade fait le 20 avril 1926, on note : l'existence d'une fistule au niveau de la région trochantérienne droite suppurant abondamment.

La hanche n'est pas complètement libre, et les mouvements d'extension et d'abduction sont limités.

Il n'existe aucun signe clinique en faveur d'une lésion possible de la colonne lombo-sacrée.

Les radiographies sont négatives, et pour préciser l'origine de la suppuration, nous injectons 9 cc. d'huile iodée dans la fistule. Les épreuves, après cette injection, nous montrent que la substance opaque reste au niveau de la région trochantérienne sans qu'on puisse établir si la suppuration provient des parties molles ou du trochanter.

A l'intervention faite le 17 septembre 1926, on voit que les lésions siègent au niveau du trochanter, qui est curetté et pansé à plat.

La cicatrisation est complète en décembre 1926, et le malade quitte l'hôpital en janvier 1927 sur sa demande.

OBSERVATION VII

(E. Sorrel et A. Delahaye, in Revue d'Orthopédie,
n° 2, mars 1926.)

N... Violette, âgée de 4 ans, entre à l'Hôpital Maritime le 21 avril 1923.

Réaction de Wassermann négative, cuti-réaction positive.

Diagnostic d'envoi : Coxalgie gauche avec abcès.

Diagnostic définitif : Bursite latéro-trochantérienne tuberculeuse.

L'examen complet de l'enfant est pratiqué le 23 avril 1923.

Elle présente une abcès fistuleux à la face externe de la cuisse gauche au niveau de la région trochantérienne ; tous les mouvements spontanés et provoqués de la hanche sont libres ; le diagnostic de coxalgie est cliniquement douteux.

La radiographie, après injection d'huile iodée dans la fistule, montre que le liquide opaque s'accumule dans la poche, et ne remonte ni dans l'articulation ni vers les os voisins.

Ces données sont confirmées par l'intervention faite le 24 janvier 1924. L'extirpation complète de la poche est pratiquée ; on ne découvre aucun contact de l'abcès avec les os voisins.

En présence d'une suppuration froide de la région trochantérienne et, à défaut de signes cliniques et radiographiques nets permettant la localisation de la lésion, on doit toujours penser à un mal de Pott ou une coxalgie et commencer par éliminer ces deux hypothèses.

Les abcès du mal de Pott peuvent arriver dans la région trochantérienne en empruntant deux voies :

Le foyer peut s'accompagner d'un décollement prévertébral se prolongeant jusqu'au sacrum, et l'abcès, arrivé dans le petit bassin, traverse l'échancrure sciatique et devient perceptible à la face externe de la cuisse.

Ou bien un abcès de la fosse iliaque interne peut passer à la face antérieure de la cuisse, gagner l'insertion du psoas, traverser le plan des adducteurs, contourner le fémur et arriver à la région trochanterienne (M. Ménard).

On comprend donc aisément qu'une lésion vertébrale siégeant au niveau de la portion dorso-lombaire, lombaire, lombo-sacrée ou sacrée de la colonne, puisse être le point de départ d'un abcès siégeant à ce niveau.

Mais si le mal de Pott lombaire ou dorso-lombaire s'accompagne le plus souvent de signes cliniques assez nets — sauf quelques rares exceptions que nous étudierons ultérieurement — il en est autrement du mal de Pott lombo-sacré ou sacré.

Dans ces cas, et en particulier chez l'adulte, l'abcès peut souvent être la seule manifestation clinique ou s'accompagner d'une symptomatologie assez fruste.

En effet, les signes cliniques, quand ils existent, peuvent se traduire uniquement par quelques douleurs siégeant le plus souvent le long du sciatique ou localisées au niveau de l'aîne ou de la fesse.

La raideur de la colonne vertébrale peut manquer fréquemment ou se traduire « par une gêne et une

lenteur caractéristique de l'acte de se lever de la chaise » (Forestier). Enfin, l'effacement de la fossette normale lombo-sacrée par le recul de l'apophyse épineuse de la 5° V. L., qui est un signe très important et caractéristique lorsqu'il existe d'une façon très nette, peut parfois prêter à confusion.

Les épreuves radiographiques, en montrant des lésions assez visibles lorsqu'il s'agit de la 5° vertèbre lombaire, peuvent suppléer heureusement à cette symptomatologie assez vague.

Mais malgré les perfectionnements actuels apportés aux appareils radiographiques et les épreuves obtenues dans des positions spéciales, permettant de ce fait une étude détaillée du squelette intéressé, les signes radiographiques sont parfois de très faible secours.

La 5° vertèbre lombaire présentant souvent des anomalies de forme, complique de ce fait l'interprétation des radiographies (obs. n° 18), et les lésions sacrées, qu'elles soient primitives ou secondaires à un mal de Pott lombaire, et sauf dans les cas exceptionnels où il y a un séquestre ou une caverne, peuvent se traduire uniquement par une décalcification du sacrum, difficile à apprécier.

On conçoit donc que, dans ces conditions, même un observateur avisé peut facilement se tromper sur l'origine de ces collections, et la confusion avec celles développées, soit aux dépens des bourses trochantériennes, ou d'origine trochantérienne, est souvent possible.

Etant donné que ces dernières guérissent très facilement par un traitement chirurgical approprié, et présentent de ce fait un pronostic relativement favorable ; que par contre cette intervention pratiquée par erreur pour un abcès ou une fistule dépendant d'un mal de Pott lombo-sacré ne peut qu'assombrir parfois le pronostic assez sérieux de cette affection, l'importance et l'intérêt d'un diagnostic précis apparaissent manifestes.

Non moins importants sont les abcès et fistules de la coxalgie qui occupent fréquemment cette région. Ces abcès apparaissent en deux points différents : à la partie antéro-externe de la cuisse, et à la région fessière.

Les abcès antéro-externes siègent à un ou deux travers de doigt au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure, entre le couturier en dedans et le fascia lata en dehors, et tendent à descendre en s'étalant sous le fascia lata (M. Ménard).

Ceux de la fesse, situés entre le trochanter et l'épine iliaque postéro-supérieure, peuvent se développer du côté de la cuisse, soit au niveau de sa face postérieure, rarement passer à la face antérieure sous le petit fessier, mais le plus souvent descendre sous le fascia lata pour arriver à la région trochantérienne.

L'origine de ces abcès est en général assez facile à diagnostiquer.

Il est exceptionnel, même chez l'adulte, qu'à la période des abcès, l'ostéo-arthrite coxo-fémorale ne

présente pas des signes cliniques et radiographiques suffisamment nets et permettant d'établir le diagnostic. Cependant, certaines suppurations périarticulaires d'autre origine, et en particulier celles du mal de Pott, peuvent prêter à confusion.

En effet, un abcès pottique peut déterminer une limitation des mouvements de la hanche et en particulier de l'hyperextension par contracture du psoas.

Il est vrai que dans ces cas les autres mouvements articulaires ont conservé leur amplitude. Mais chez l'adulte, il faut savoir que certaines coxalgies peuvent évoluer de longue date avec une légère limitation des mouvements.

Dans le cas où, en présence d'une fistule ou d'un abcès de la région trochantérienne, on trouve à l'examen, en même temps qu'un mal de Pott, les signes certains de la coxalgie, il peut arriver que l'on éprouve quelque embarras à départager ce qui revient à l'une ou à l'autre de ces localisations. Un examen lipiodolé s'impose dans ces circonstances ; il nous montrera le trajet et le point de départ de la suppuration.

Lorsque l'on est sûr que l'on n'a pas affaire à un mal de Pott ou à une coxalgie, les abcès de la région trochantérienne font penser à un hygroma tuberculeux de la bourse séreuse ou bien à une ostéite du trochanter.

Les autres ostéites juxta-articulaires de la hanche donnent en général des abcès de localisation diffé-

rente, et c'est la raison pour laquelle nous les étudierons dans un autre chapitre.

Il y a un certain nombre de signes permettant de distinguer un hygroma d'une ostéite trochantérienne.

L'examen complet de la région, la constatation d'un point douloureux au niveau du trochanter, son épaissement, et, en cas de fistule, l'exploration du trajet au stylet, peuvent donner, dans plusieurs cas, des éléments suffisants pour les différencier.

La radiographie peut aussi nous donner des renseignements très intéressants et nous indiquant un foyer d'ostéite, ou une décalcification de l'épiphyse fémorale.

Il faut cependant savoir que les radiographies de la région trochantérienne sont souvent négatives.

Chez l'adolescent, au moment de l'apparition du point d'ossification du grand trochanter, on a une image à bords irréguliers, qui peut passer pour un trochanter anormal. Chez l'adulte, on peut avoir un trochanter qui paraît décalcifié, mais cette apparence peut être due à la présence d'une collection des parties molles enveloppant l'épiphyse fémorale.

Dans ces cas difficiles, un argument de plus peut être donné, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte, par l'examen lipiodolé. Mais dans certains cas le doute peut persister, même après cet examen.

On connaît en effet l'existence d'abcès d'origine osseuse qui peuvent s'isoler secondairement et présenter une poche indépendante de tout tissu osseux.

On comprend que, dans ces cas, les injections d'huile iodée montrent une poche d'abcès séparée de l'épiphyse fémorale, bien que le foyer osseux soit parfois cliniquement indiscutable.

b) FACE ANTÉRO-INTERNE DE LA CUISSE

Des abcès froids, fermés ou fistulisés peuvent souvent siéger au niveau de la face antérieure ou interne de la cuisse.

En règle, leur point de départ peut être facilement déterminé par la clinique et la radiographie. Mais il y a certaines exceptions à cette règle, comme en témoignent les 6 observations assez démonstratives que nous allons maintenant étudier.

OBSERVATION VIII

C... Henri, âgé de 20 ans, entre à l'Hôpital maritime annexe le 15 avril 1922.

Réaction de Wassermann négative ; cutiréaction positive.

Diagnostic d'envoi : ostéite tuberculeuse de la surface angulaire du pubis.

Diagnostic définitif : mal de Pott lombaire.

Le début de l'affection remonte à octobre 1921.

A cette date, apparaît un abcès situé à la face antéro-interne de la cuisse. Cet abcès, ponctionné quatre fois en novembre et décembre 1921, s'est fistulisé le 3 mai 1922 à la face interne de la cuisse, à la hauteur du canal de Hunter.

L'examen du malade est pratiqué le 20 avril 1922. Certains signes cliniques sont plutôt en faveur d'une lésion vertébrale, mais ne permettent pas de l'affirmer. En effet, la colonne lombaire, tout en étant parfaitement souple, présente un léger redressement ; la fossette de la 5^e vertèbre lombaire paraît effacée, et la pression au niveau de l'apophyse épineuse de cette vertèbre est un peu douloureuse. Les fosses iliaques sont libres, mais il existe une légère limitation des mouvements de la hanche, et en particulier de l'hyperextension.

L'examen clinique du squelette périarticulaire ne permet pas de localiser le siège des lésions, et les radiographies du bassin et de la colonne vertébrale sont négatives. Pour découvrir le point de départ de cette suppuration, on pratique, le 13 juillet 1922, une injection de 6 cm. d'huile iodée dans le trajet fistuleux.

Sur les radiographies faites une demi-heure après, on voit que le liquide opaque remonte jusqu'à la 2^e vertèbre lombaire, et même passe en fer à cheval dans l'origine du psoas gauche.

Il s'agit donc d'un mal de Pott de la 2^e V. L. en évolution, qui d'ailleurs est devenu ensuite cliniquement et radiologiquement évident.

La fistule se ferme le 1^{er} août 1923 ; le malade quitte l'Hôpital sur sa demande, le 30 octobre 1923.

OBSERVATION IX

G... Jean, âgé de 13 ans, entre à l'Hôpital Maritime le 25 mars 1922.

Réaction de Wassermann négative, cuti-réaction positive.

Diagnostic d'envoi : Coxalgie droite.

Diagnostic définitif : Coxalgie droite et mal de Pott sacré.

L'examen du malade est pratiqué le 26 mars 1926.

L'enfant présente une coxalgie dont le début remonte à 1916. Sur les faces externe et antérieure de la cuisse, on constate des cicatrices d'anciennes fistules et une cicatrice opératoire d'ostéotomie sous-trochantérienne, faite en 1920.

La hanche est complètement ankylosée en adduction et rotation interne.

Trois fistules, dont deux situées sur la face antérieure et interne de la cuisse, et l'autre au niveau de la fosse ischio-rectale, suppurent assez abondamment, depuis janvier 1922.

L'examen clinique et les radiographies du bassin ne permettent pas de préciser si cette suppuration est due à un réveil des anciennes lésions ou à une autre origine.

Les épreuves faites après injection d'huile iodée nous montrent que les trajets fistuleux sont d'origine sacrée.

Le 13 janvier 1923, on fait un débridement de la fistule pararectale qui conduit à travers l'échancrure sciatique sur le bord droit du sacrum.

Cette opération, commandée par l'état général de l'enfant, permet de vérifier le diagnostic de mal de Pott sacré.

Toutes les fistules se ferment en juillet 1923, et le malade part, complètement guéri, le 11 mars 1924.

OBSERVATION X

P... Jean, âgé de 13 ans, entre à l'Hôpital Maritime le 17 mars 1926.

Réaction de Wassermann négative, cuti-réaction positive.

Diagnostic d'envoi : Coxalgie gauche.

Diagnostic définitif : Coxalgie gauche

Le début de l'affection remonte à novembre 1925. L'enfant commence à boiter et à souffrir de sa hanche, mais il continue à marcher jusqu'en février 1926.

A cette date apparaît un abcès au niveau du triangle de Scarpa qui, après quelques ponctions, se fistulise.

L'examen de l'enfant est pratiqué le 23 mars 1926.

On constate un abcès situé à la partie interne du triangle de Scarpa, le long des adducteurs, suppurant légèrement par une fistule au niveau du pli de l'aîne.

Les mouvements de la hanche étant d'une part relativement conservés, et d'autre part la présence d'un point douloureux très net au niveau du pubis, à l'insertion des adducteurs, font penser à une ostéite du pubis.

Les radiographies du bassin ne montrant pas des lésions osseuses, on pratique un nouvel examen radiographique après injection d'huile iodée dans le trajet fistuleux.

Il nous montre que la substance opaque s'étale devant l'articulation et va jusqu'au fond du cotyle.

Malheureusement, nous n'avons pas pu obtenir une radiographie de profil, car l'enfant souffrait dans la position qu'on était obligé de lui imposer.

Cet examen nous donne des présomptions en faveur de la coxalgie, mais ne nous permet pas de l'affirmer.

L'évolution de la maladie a confirmé le premier diagnostic, et l'enfant est encore en traitement à Berck.

OBSERVATION XI

(résumée)

V... Raymond, âgé de 9 ans, entre à l'Hôpital Maritime le 14 mai 1924.

L'enfant, en traitement à l'Hôpital Maritime pour ostéo-arthrite de la tibio-tarsienne droite, présente, en avril 1925, un abcès de la face antérieure de la cuisse gauche.

Le siège de cet abcès dans la gaine du droit antérieur, une légère limitation des mouvements de la hanche, et en particulier de l'abduction, l'attitude du membre en rectitude, nous permettent de conclure en faveur d'une lésion juxta-articulaire de la hanche, siégeant au niveau du rebord cotyloïdien.

Une radiographie faite après injection d'huile iodée confirme ce diagnostic et nous montre l'existence d'un foyer osseux au niveau du sourcil cotyloïdien.

L'enfant est encore en traitement actuellement, et présente une coxalgie secondaire à sa lésion juxta-articulaire.

OBSERVATION XII

P... Robert, âgé de 17 ans, entre à l'Hôpital Maritime annexe le 14 septembre 1922.

Réaction de Wassermann négative, cuti-réaction positive.

Diagnostic d'envoi : Ostéite tuberculeuse de l'ischion.

Diagnostic définitif : Bursite rétro-ischiatique.

Le début de l'affection remonte à février 1922, par des douleurs à la marche et claudication.

A l'examen pratiqué le 18 septembre, à l'entrée du malade, on note : un abcès situé à la partie postéro-interne de la cuisse et un point douloureux au niveau de la tubérosité ischiatique.

Les radiographies sont négatives.

L'abcès est ponctionné régulièrement à plusieurs reprises.

Le 23 décembre 1922, on pratique un nouvel examen radiographique après injection d'huile iodée ; il nous montre que la substance opaque remonte jusqu'au niveau de l'ischion, sans toutefois qu'on puisse distinguer une lésion à ce niveau.

A l'intervention, l'extirpation de la poche est possible ; on ne découvre aucun contact de l'abcès avec l'ischion, et il semble s'agir d'un abcès froid de la région ischiatique (bursite rétro-ischiatique).

La cicatrisation s'est faite par première intention et s'est maintenue jusqu'en janvier 1924, date à laquelle le malade a quitté l'Hôpital.

(Son séjour assez prolongé à Berck, après l'extirpation de l'abcès, était justifié par une adénite cervicale pour laquelle il a été aussi soigné.)

OBSERVATION XIII

(E. Sorrel et A. Delahaye, in Revue d'Orthopédie,
n° 2; mars 1926)

J... Jean-Louis, âgé de 30 ans, entre à l'Hôpital Maritime annexe le 15 novembre 1924.

Réaction de Wassermann négative, cuti-réaction positive.

Diagnostic d'envoi : Abscess fistuleux d'origine ganglionnaire à la base des deux triangles de Scarpa.

Diagnostic définitif : Mal de Pott lombaire avec abscess fistuleux des deux fosses iliaques internes.

L'examen du malade est pratiqué le 20 novembre 1924.

On note deux fistules à la racine des cuisses, le long des adducteurs ; il n'y a aucun point douloureux sur le pubis ; la palpation des fosses iliaques, très difficile, ne donne pas de renseignements précis ; les mouvements des hanches sont parfaitement libres.

On trouve au niveau du membre inférieur gauche une grosse atrophie musculaire avec parésie et abolition des réflexes rotuliens et achilléens en rapport avec une paralysie infantile ancienne.

Le membre inférieur droit a conservé toute sa force ; de ce côté, les réflexes rotulien et achilléen sont exagérés, il y a du clonus du pied, de la rotule, et un signe de Babinski positif.

De pareils signes indiquent une irritation du faisceau pyramidal seulement perceptible à droite. Les signes de spasmodicité d'une part, la présence d'abscess fistuleux à la racine des cuisses d'autre part, incitent à rechercher

l'existence possible d'un mal de Pott. On trouve un léger degré de contracture lombaire avec un redressement de la lordose normale.

Le 17 janvier 1925, une injection d'huile iodée est faite dans les fistules ; le liquide remonte des deux côtés jusqu'à un foyer d'ostéo-arthrite vertébrale nettement visible entre L. 2 et L. 3.

Les abcès de cette région peuvent être symptomatiques d'un mal de Pott, d'une coxalgie, d'une ostéite juxta-articulaire ou para-articulaire de la hanche, d'une adénite suppurée, ou enfin d'une bursite tuberculeuse.

Pour le cas d'adénite suppurée, il ne faut pas oublier qu'il peut s'agir d'une adénite symptomatique d'une lésion ostéo-articulaire concomittante et un examen du squelette s'impose dans tous ces cas.

Enfin, un examen de la colonne vertébrale et de la hanche, qui en cas de doute sera complété par une radiographie après injection d'huile iodée, apportera quelquefois un appoint précieux pour le diagnostic.

On évitera ainsi de porter le diagnostic d'adénite à des suppurations d'autre origine.

Les abcès des ostéites paracoxales ne nous retiendront pas. Les quelques malades que nous avons observés atteints d'ostéite du pubis, localisation dont les abcès siègent généralement dans la région qui nous intéresse, ont présenté un tableau clinique et radiographique complet.

Par contre, les collections des ostéites juxta-coxales intéressant le cotyle sont la source d'erreurs fréquentes. Associées à des signes traduisant la souffrance de l'articulation, elles peuvent imposer le diagnostic d'ostéo-arthritite coxo-fémorale. Cependant, ces abcès présentent certaines particularités cliniques qui permettent de les rattacher à leur origine.

C'est ainsi qu'un abcès profond situé dans la gaine du droit antérieur est pour ainsi dire presque toujours symptomatique d'une lésion du rebord cotyloïdien ; cette disposition peut être expliquée par les insertions du tendon réfléchi du droit antérieur qui contourne le cotyle (D^r Delahaye).

A cause du voisinage des lésions avec la hanche et du danger d'une atteinte secondaire de celle-ci, le diagnostic d'origine de ces abcès présente un intérêt capital.

La radiographie sera d'un très grand secours, et, en nous montrant le siège exact des lésions, elle dirigera le traitement approprié à chaque cas.

En cas de doute, cet examen sera complété par des épreuves après injection d'huile iodée dans la poche de l'abcès.

Cette méthode d'exploration nous rendra aussi de très grands services pour le diagnostic de certains abcès d'origine pottique ou coxo-fémorale.

Nous avons déjà rappelé qu'à la période des abcès, la coxalgie présente presque toujours une sympto-

matologie assez complète permettant de préciser le diagnostic.

Il en est autrement dans quelques cas très rares et l'observation X en est un exemple. Les hypothèses d'ostéite du pubis et d'adénite simple ont été successivement envisagées comme étant le point de départ d'un abcès de coxalgie.

Il s'agissait d'un enfant, et nous savons que ces cas sont tout à fait exceptionnels.

Mais, de toutes les suppurations froides occupant la face antéro-interne de la cuisse, les plus importantes par leur fréquence et les difficultés de leur diagnostic sont celles d'origine pottique.

Il s'agit le plus souvent d'une collection assez volumineuse apparaissant avec évidence au niveau de la fosse iliaque interne et qui présente un prolongement crural ayant fusé sous l'arcade.

Cet abcès, arrivé au niveau du tirangle de Scarpa, peut s'y développer;

Il peut aussi descendre le long de la face interne de la cuisse en avant ou en arrière des adducteurs, plus rarement en suivant la gaine des vaisseaux fémoraux et arriver à la partie moyenne ou inférieure de la cuisse.

Nous avons eu l'occasion d'observer trois malades, atteints d'un mal de Pott cliniquement et radiographiquement évident et qui ont présenté un gros abcès au niveau de la face antéro-interne de la cuisse.

Ces collections secondaires à des abcès de la fosse

iliaque ont persisté après la disparition de la poche initiale.

Elles ont continué à évoluer dans cette région et se sont fistulisées malgré les ponctions répétées au niveau du canal de Hunter.

Dans tous ces cas la notion d'un premier abcès de la fosse iliaque interne guidera l'examen du malade et nous permettra d'établir le diagnostic de la lésion vertébrale.

Mais on peut observer quelquefois des abcès d'origine pottique qui arrivent à parcourir la fosse iliaque sans y former de poche perceptible même à un examen très attentif. Ces abcès passent au-dessous de l'arcade crurale, et se présentent ainsi directement à la face antéro-interne de la cuisse.

A ce niveau apparaît alors une collection purulente dont l'origine pourrait être très difficile à préciser dans le cas où l'abcès est le seul signe clinique d'un mal de Pott (Observation VIII).

C) RÉGION FESSIÈRE

Nous avons déjà étudié les abcès et fistules siégeant au niveau de la région trochantérienne, qui représente le bord externe de la région que nous allons étudier.

Nous allons nous occuper dans ce chapitre uniquement des suppurations occupant le reste de la fesse.

Cette région est souvent le siège de collections nées au loin; celles qui prennent naissance directement sur place sont en effet beaucoup plus rares.

On y voit assez fréquemment des abcès froids et des fistules dont l'origine siège à la colonne vertébrale, aux os du bassin ou à l'articulation de la hanche.

Le diagnostic de leur point de départ est parfois assez délicat à préciser et quelques observations que nous avons eu l'occasion d'étudier nous ont paru intéressantes à présenter.

OBSERVATION XIV

(E. Sorrel et A. Delahaye in *Revue d'Orthopédie*, N° 2, Mars 1926.)

L..., Esther, âgée de 5 ans, entre à l'Hôpital Maritime le 16 juin 1923.

Réaction de Wassermann suspecte, cuti-réaction positive.

Diagnostic d'envoi : Abcès froid de la fesse droite, Abcès froids multiples.

Diagnostic définitif : Ostéite tuberculeuse de l'aile iliaque sacro-coxalgie.

L'examen de l'enfant est pratiqué le 18 juin 1923; on constate l'existence :

- 1° D'une adénopathie sus-claviculaire droite suppurée.
- 2° D'une ostéite de l'extrémité externe de la clavicule droite.
- 3° De gommes multiples de la cuisse droite.
- 4° D'une fistule au niveau de la partie supérieure de la fesse droite.

L'origine de cette fistule est cliniquement douteuse;

on pense à un mal de Pott lombo-sacré mais le rachis est souple et il n'y a aucune saillie anormale des apophyses épineuses, la hanche est libre; l'hypothèse d'une ostéoarthrite sacro-iliaque est soulevée.

L'exploration du trajet après injection d'huile iodée montre l'existence d'une longue caverne sur l'aile iliaque droite et l'atteinte de l'articulation sacro-iliaque.

OBSERVATION XV

Br..., Louise, âgée de 20 ans, entre à l'Hôpital Maritime annexe le 13 décembre 1922.

Réaction de Wassermann négative, cuti-réaction positive.

Diagnostic d'envoi : Coxalgie droite.

Diagnostic définitif : Absès froid de la région fessière droite.

Le début de l'affection remonte à mars 1922, par des douleurs sciatiques.

L'abcès fessier apparaît en août 1922 et est ponctionné à plusieurs reprises.

L'examen d'entrée est pratiqué le 15 décembre 1922; on note l'existence d'un abcès fessier droit se prolongeant en haut et en dedans vers la ligne des apophyses épineuses.

Les mouvements de la hanche sont limités, mais la malade sort d'un appareil plâtré; on décide de la garder couchée mais libre dans son lit et de l'examiner de nouveau dans quelques jours.

Cet examen, pratiqué huit jours après, montre que les mouvements de la hanche sont relativement libres

et qu'aucun signe clinique ne permet d'incriminer une ostéo-arthrite de la hanche pour expliquer l'origine de l'abcès.

Le diagnostic de sacro-coxalgie ou d'ostéite de l'os iliaque paraît plus probable, mais, devant l'absence de signes cliniques et radiographiques on croit utile de pratiquer un examen après injection d'huile iodée dans l'abcès.

Après ponction qui ramène 10 cm³ de pus — dans lequel, après homogénéisation, on note la présence de B. K. — 6 cm³ d'huile iodée sont injectés dans la poche.

La radiographie faite le lendemain montre que la substance opaque reste derrière le plan osseux et ne l'atteint sur aucun point.

Le diagnostic d'abcès froid des parties molles est posé et confirmé par l'intervention faite le 5 mai 1923.

L'extirpation complète de la poche est pratiquée; on ne découvre aucun point osseux.

La cicatrisation se fait par première intention et la malade quitte l'Hôpital le 11 juin 1923.

OBSERVATION XVI

Fil..., Joseph, âgé de 18 ans, entre à l'Hôpital Maritime annexe le 12 avril 1924.

Réaction de Wassermann négative, cuti-réaction positive.

Diagnostic d'envoi : Mal de Pott lombo-sacré.

Diagnostic définitif : Ostéite de la crête iliaque.

L'examen du malade est pratiqué le 20 avril 1924.

On constate l'existence d'un volumineux abcès de la fosse iliaque externe se prolongeant à la région lombosacrée droite.

L'apophyse épineuse de la 5^e V. L. ne paraît pas reculée. Sur la radiographie de face on peut supposer une lésion entre L4-L5, mais dans celle de profil les corps vertébraux paraissent normaux.

L'abcès, après 3 ponctions, se fistulise au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite.

Un examen radiographique après injection d'huile iodée dans le trajet fistuleux nous montre que le liquide opaque se projette sur les épreuves prises de profil en arrière du plan osseux sauf au niveau de la crête iliaque.

A ce niveau on peut constater une légère perte de substance.

Le diagnostic d'ostéite de la crête iliaque est confirmé par l'intervention pratiquée le 10 août 1924. Après débridement de la fistule qui conduit dans une poche d'abcès considérable, on arrive à la crête iliaque et à deux travers de doigt de l'articulation sacro-iliaque droite existe un point d'ostéite qui est l'origine de la suppuration.

Ablation des parois de la poche et curettage de la portion osseuse nécrosée.

La plaie opératoire est cicatrisée complètement en octobre 1924 et le malade part de Berck le 13 novembre 1924.

OBSERVATION XVII

Gar..., Maurice, âgé de 13 ans, entre à l'Hôpital Maritime le 16 février 1921.

Réaction de Wassermann négative, cuti-réaction positive.

Diagnostic d'envoi : Ostéite de l'os iliaque.

Diagnostic définitif : Ostéite du sacrum.

L'examen du malade est pratiqué le 20 février 1921.

Le début de la maladie actuelle remonte à Juillet 1920; à cette date apparaît un abcès fessier qui, ponctionné à plusieurs reprises, se fistulise en septembre 1921.

L'articulation coxo-fémorale est libre, le rachis est souple et seul existe un point douloureux au niveau de la crête iliaque.

Le débridement de la fistule conduit :

1° Dans un prolongement antéro-externe dirigé vers le trochanter.

2° Dans un prolongement interne dirigé vers l'articulation sacro-iliaque et qui arrive jusqu'au sacrum.

Il semble donc s'agir d'un abcès ayant fusé à la fesse par la partie supérieure de l'échancrure sciatique.

Fermeture partielle et tamponnement.

En octobre 1922, on note qu'il persiste près du rebord iliaque une fistule suintant abondamment.

Son exploration au stylet conduit sur un séquestre qui paraît mobile.

On débride à nouveau la fistule qui mène sur un séquestre situé dans le trajet, à une petite distance de l'orifice cutané. Une sonde introduite dans le trajet arrive

sur le bord du sacrum, mais il ne semble pas y avoir d'autre séquestre.

La suppuration continue jusqu'à janvier 1924 et un dernier débridement conduit sur le bord gauche du sacrum qui est cureté.

Une amélioration très marquée se produit aussitôt après cette dernière intervention. La fistule est sèche en octobre 1925, et le malade quitte l'Hôpital en excellente santé le 12 avril 1926.

OBSERVATION XVIII

W..., Eugénie, âgée de 53 ans, entre à l'Hôpital Maritime annexe le 18 novembre 1925.

Réaction de Wassermann négative, cuti-réaction positive.

Diagnostic d'envoi : sacro-coxalgie gauche.

Diagnostic définitif : sacro-coxalgie gauche.

Le début de la maladie actuelle remonte à novembre 1924. A cette date, elle commence à se plaindre de douleurs dans le dos irradiant dans le membre inférieur gauche, douleurs qui l'ont fait considérer comme atteinte de sciatique.

En avril 1925, apparaît un abcès fessier ponctionné deux fois et fistulisé en mai 1925.

L'examen de la malade est pratiqué le 24 novembre 1925.

On constate : un abcès fessier fistulisé et suppurant abondamment.

La pression des crêtes iliaques est douloureuse. Les

mouvements de la hanche sont libres, mais la cuisse gauche est atrophiée et sa force musculaire légèrement diminuée.

Il n'y a pas de points douloureux au niveau des apophyses épineuses. Les fosses iliaques sont libres et les réflexes normaux.

Les radiographies de la colonne lombaire et du sacrum montrent que la 5^e vertèbre lombaire est affaissée du côté gauche, et l'espace articulaire entre cette vertèbre et le sacrum est pincé.

On pense qu'il s'agirait plutôt d'un mal de Pott que d'une sacro-iliaque et un nouvel examen radiographique après injection d'huile iodée est pratiqué en janvier 1926.

Cet examen, quoique très incomplet, la radiographie de profil étant mauvaise, à cause de l'embonpoint de la malade, plaide en faveur d'une lésion pottique de la 5^e vertèbre lombaire.

Sur celle de face on voit que la substance opaque remonte jusqu'à cette vertèbre.

En février 1926, apparaît un nouvel abcès situé au niveau de l'articulation sacro-iliaque.

Cette collection, après deux ponctions, se fistulise en mai 1926. L'examen bactériologique du pus montre la présence de bacilles de Koch dans le liquide.

Les fistules continuent à suppurer abondamment.

En novembre 1926, on note une grosse infiltration de la fesse gauche. La fièvre est élevée, et la suppuration abondante par deux nouvelles fistules.

L'état général est mauvais.

On décide d'intervenir :

Débridement des fistules qui ne conduit pas dans un abcès collecté, mais qui montre que de nombreux trajets s'enfoncent dans la fesse et remontent du côté de l'échancrure sciatique.

Dans les jours suivants, hémorragie en nappe de toute la plaie opératoire; la malade, qui présentait de longue date une insuffisance hépatique, meurt le 30 novembre 1926.

A l'autopsie, en élargissant le trajet opératoire, on arrive à l'échancrure sciatique où l'on voit sourdre du pus venant de la profondeur.

On aborde cette échancrure par le petit bassin. La 5^e V. L. paraît saine; mais en continuant à dépérioster on arrive à un foyer par où s'écoule du pus, au niveau de l'articulation sacro-iliaque.

La dissection de la pièce prélevée montre qu'il s'agit d'une lésion uniquement localisée à l'articulation sacro-iliaque, avec présence d'un séquestre libre.

La 5^e vertèbre lombaire ne présente aucune lésion, mais elle offre une forme anormale; elle est aplatie du côté gauche comme il est déjà noté sur l'image radiographique.

Les abcès et fistules de la région fessière sont le plus souvent sous la dépendance d'une lésion pottique ou coxo-fémorale, comme d'ailleurs toutes les suppurations froides de la racine de la cuisse.

A propos de la région trochantérienne, nous avons décrit comment ces collections peuvent arriver à la fesse et de là apparaître à la face externe de la cuisse.

Nous avons vu aussi combien le diagnostic de leur point de départ était parfois difficile à préciser.

Nous croyons donc inutile d'y revenir.

Mais, à côté de ces collections que nous avons déjà étudiées, la région fessière est aussi le siège d'abcès froids dont le point de départ peut être : une ostéite localisée dans les os du bassin, un arthrite sacro-iliaque ou une bursite fessière.

L'importance de ces suppurations et les difficultés de préciser leur origine sont telles que nous croyons utile de nous y arrêter.

Les observations que nous venons de présenter nous offrent cinq exemples typiques de lésions de gravité et d'origine différentes.

Les abcès de la fesse développés au dépens de parties molles peuvent évoluer d'une façon silencieuse et c'est seulement quand la tuméfaction est assez importante que l'attention est attirée de ce côté.

Mais souvent ils sont accompagnés d'un certain nombre de signes tels que douleurs sciatiques surtout après la marche, attitude vicieuse de la cuisse, ou limitation des mouvements de la hanche.

Un examen clinique et radiographique de la colonne lombo-sacrée, des os du bassin et de la hanche s'impose dans tous ces cas.

Des épreuves radiographiques complémentaires après injection d'huile iodée dans l'abcès ou dans le trajet fistuleux nous paraissent indispensables avant d'entreprendre leur ablation chirurgicale.

Les suppurations dépendant d'une sacro-coxalgie et surtout d'une ostéite juxta-articulaire présentent un intérêt beaucoup plus important.

L'ostéo-arthrite tuberculeuse de l'articulation sacro-iliaque est une affection très rare. M. Ménard conteste son existence chez l'enfant, mais on peut l'observer chez l'adulte, et notre observation XVIII en est une preuve indéniable.

Par contre, l'ostéite de la partie postérieure de l'ilium ou des ailerons sacrés est fréquemment le siège ou le point de départ de lésions.

Les abcès qui en résultent peuvent se développer en avant ou en arrière du plan osseux.

Les abcès intra pelviens ou antérieurs peuvent sortir par l'échancrure sciatique en suivant le même trajet que les abcès pottiques pour apparaître au niveau de la région fessière.

Les abcès postérieurs et primitivement extra-pelviens, de beaucoup les plus fréquents, siègent le plus souvent au niveau même de l'interligne articulaire. Ils peuvent traverser à ce niveau les lames fibreuses du grand fessier et se développer sous la peau. Il en résulte un abcès en bouton de chemise avec deux poches, une sous-cutanée et une profonde sous le grand fessier.

Ces collections se fistulisent souvent malgré les soins appropriés et les ponctions répétées.

Les abcès siégeant dans la région lombo-sacrée ou ceux qui, fusant sous les fessiers, perforent leur

masse musculaire pour arriver sous la peau, ou filent plus en bas pour apparaître dans le voisinage de la hanche, sont beaucoup plus rares que les précédents.

Toutes ces collections sont le plus souvent précédées par des signes cliniques traduisant l'irritation des racines du grand nerf sciatique.

Les douleurs sciatiques et la claudication sont très fréquentes. C'est surtout pour ces signes que le malade vient consulter et c'est à l'examen le plus souvent que l'abcès froid est découvert.

Localiser le point de départ de cet abcès est souvent très délicat même après des examens cliniques et radiographiques répétés.

En effet, le mal de Pott lombo-sacré, l'ostéite de l'os iliaque ou du sacrum, la sacro-coxalgie, peuvent se manifester par des signes cliniques communs à ces affections comme nous venons de le voir.

Les radiographies de cette région sont souvent insuffisamment nettes et les lésions, parfois assez discrètes, peuvent passer inaperçues à la lecture des épreuves.

Les examens après injection d'huile iodée rendront de grands services et dans quelques cas elle permettront de préciser un diagnostic hésitant.

Mâlheureusement, dans d'autres cas, même après cet examen, la localisation de ces lésions sera impossible et seule l'évolution ultérieure de la maladie nous permettra dans ces cas de l'établir.

II. — ABCES FROIDS ET FISTULES DU THORAX ET DE LA REGION LOMBAIRE

Préciser le point de départ d'un abcès froid ou d'une fistule siégeant dans ces régions est parfois un diagnostic assez délicat à poser.

S'agit-il d'une suppuration d'origine vertébrale, costale, ou des parties molles?

Nous verrons que, dans un certain nombre de cas, il est assez difficile de répondre à cette question.

OBSERVATION XIX

Mig..., Germaine, âgée de 26 ans, entre à l'Hôpital Maritime annexe le 18 mars 1925.

Réaction de Wassermann négative, cuti-réaction positive.

Diagnostic d'envoi : ostéite costale fistuleuse.

Diagnostic définitif : mal de Pott dorsal inférieur.

Le début de la maladie actuelle remonte à mars 1921. A ce moment apparaît un premier abcès thoracique au niveau de la 9^e côte gauche qui fut opéré en avril 1921. Depuis la malade garde une fistule à la partie inférieure de la cicatrice opératoire.

Un deuxième abcès apparaît en décembre 1921 au niveau de la 11^e côte gauche; et enfin une troisième collection costo-lombaire en novembre 1923.

La malade a été opérée cinq fois pour ces abcès et fistules.

L'examen à son entrée à l'Hôpital est pratiqué le 20 mars 1925; on constate l'existence de trois fistules thoraciques situées : la première, au niveau de la 9^e côte gauche sur la ligne axillaire postérieure; la deuxième fistule siège au niveau de la 11^e côte; ces deux fistules suppurent abondamment; la troisième fistule suintant légèrement est située à 2 travers de doigt au-dessus de la crête iliaque (elle se ferme complètement 15 jours après son arrivée à Berck).

La côte sus-jacente à la première fistule est douloureuse spontanément et à la pression.

La colonne vertébrale est absolument souple et il n'existe aucun signe de mal de Pott.

La radiographie montre que les 8^e et 10^e côtes gauches sont en partie réséquées et reconstituées et que la colonne vertébrale est normale.

L'hypothèse d'une lésion costale paraît probable, mais la suppuration abondante et non modifiée par les nombreuses opérations que notre malade a subies fait hésiter. Un examen radiographique après injection d'huile opaque dans le trajet de la fistule supérieure est pratiqué le 20 juillet 1925. L'image nous montre que la plus grande quantité de la substance opaque s'accumule au niveau de la région thoraco-lombaire gauche, mais une certaine quantité se projette sur la partie droite du thorax, à la hauteur de la 10^e V. D.

Il s'agit donc d'un vaste abcès débordant de chaque côté la colonne vertébrale.

Bien qu'il n'y ait aucun signe ni clinique ni radiographique de mal de Pott, le point de départ de cette suppuration paraît être vraisemblablement la colonne dorsale.

Les multiples opérations qui ont été faites peuvent expliquer l'aspect un peu particulier des fistules.

La malade présentant en août 1925 des crises de rétention de pus avec fièvre, on se décide à débrider les trajets fistuleux :

A l'intervention, on se rend compte que ceux-ci se dirigent vers la colonne dorsale; mais on n'arrive pas jusqu'à leur origine.

La malade est ensuite soignée pour mal de Pott dorsal. Des radiographies successives et un nouvel examen, après injection d'huile iodée, confirment ce diagnostic : entre la 9^e et la 10^e V. D., on aperçoit actuellement un aplatissement du disque intervertébral.

La malade est encore en traitement à l'Hôpital Maritime.

OBSERVATION XX

Mor..., Georges, âgé de 15 ans, entre à l'Hôpital Maritime le 14 janvier 1925.

Réaction de Wassermann négative, cuti-réaction positive.

Diagnostic d'envoi : Abscess froid costal.

Diagnostic définitif : Mal de Pott dorsal inférieur.

Le début de la maladie actuelle remonte à mars 1924. A cette date apparaît un abcès thoracique qui, après plu-

sieurs ponctions, s'est fistulisé à la région lombaire droite.

L'examen du malade est pratiqué le 18 janvier 1925.

On note une fistule lombaire droite suppurant légèrement.

Le diagnostic du point de départ de cette suppuration n'est pas facile à établir cliniquement.

La colonne vertébrale est parfaitement souple; il n'y a ni gibbosité, ni redressement de celle-ci.

L'examen des côtes ne montre rien d'anormal; enfin la crête iliaque ne paraît pas être en cause.

Les radiographies du thorax et de la colonne vertébrale sont négatives.

Un examen après injection d'huile iodée est pratiqué en avril 1925. Il nous montre que la substance opaque ne va pas jusqu'aux corps vertébraux, mais se projette derrière le plan osseux.

La suppuration persiste et, le malade ne présentant aucun signe ni clinique ni radiographique de mal de Pott, on décide de débrider sa fistule.

L'intervention est pratiquée le 7 juin 1925. Elle montre que le trajet fistuleux passant au-dessus de la 12^e côte se dirige du côté de la colonne vertébrale, remontant très haut. Une sonde cannelée peut s'y enfoncer en entier sans qu'on ait de contact osseux.

En cathétérisant ainsi le trajet, on évacue une assez grande quantité de pus retenu au-dessus d'un point rétréci du trajet et dont l'abondance contraste avec le très faible débit de la fistule.

Il semble probable qu'il s'agit d'un mal de Pott dorsal au-dessus du diaphragme.

Un nouvel examen radiographique après injection d'huile iodée est pratiqué en décembre 1925. Cette fois le lipiodol remonte jusqu'à la 9° vertèbre dorsale et on peut distinguer à ce niveau un pincement entre la 9° et la 10° vertèbre dorsale.

La fistule sous-costale gauche a continué à suppurer jusqu'en décembre 1926 et reste fermée depuis.

Le malade est encore en traitement à l'Hôpital.

OBSERVATION XXI

Lec..., Yvonne, âgée de 16 ans, entre à l'Hôpital Maritime le 18 mars 1925.

Réaction de Wassermann négative, cuti-réaction positive.

Diagnostic d'envoi : Abscès froid thoracique.

Diagnostic définitif : Abscès froid costal droit.

L'examen de la malade est pratiqué le 22 mars 1925.

Le début de l'abcès remonte à juin 1924. Du volume d'une mandarine, il siège au niveau de la pointe de l'omoplate droite.

La colonne vertébrale est souple. Il n'y a pas de point osseux costal net.

La radiographie ne montre pas de lésions nettes et celles qui furent faites après injection d'huile iodée ne permettent pas de préciser le point de départ de cet abcès.

L'intervention pratiquée le 20 avril 1926 nous montre qu'il s'agit d'une ostéite tuberculeuse de la 8^e côte : elle a consisté en la résection partielle de cette côte avec ablation de la poche de cet abcès.

La cicatrisation se fait par première intention et la malade, en très bonne santé, quitte l'Hôpital le 6 juillet 1925.

OBSERVATION XXII

L..., René, âgé de 17 ans, entre à l'Hôpital maritime le 21 juin 1924.

Réaction de Wassermann négative, cuti-réaction positive.

Diagnostic d'envoi : Abcès froid thoracique.

Diagnostic définitif : Abcès froid thoracique.

L'abcès, apparu en décembre 1923, siégeait au niveau de la ligne axillaire dans le 10^e espace intercostal gauche.

Ponctionné 7 fois, il a été incisé en mars 1924.

L'examen du malade est pratiqué le 30 juin 1924.

Au niveau de la partie postéro-externe du thorax, on constate une petite collection se vidant mal par deux fistules.

On ne trouve pas de point costal net à ce niveau, et les radiographies de la colonne vertébrale et du thorax paraissent absolument normales.

La suppuration persiste jusqu'à octobre 1924, et on décide à ce moment de pratiquer l'ablation de cet abcès.

Après débridement de la fistule thoracique, on dissèque facilement une petite poche du volume d'une noix. On ne trouve pas de point de départ osseux.

L'abcès semble développé uniquement aux dépens des parties molles.

La plèvre pariétale que l'on explore soigneusement ne présente aucune lésion

Réunion en deux plans.

La cicatrisation se fait par première intention, et le malade quitte l'Hôpital le 12 janvier 1925, complètement guéri.

OBSERVATION XXIII

(E. Sorrel et A. Delahaye in *Revue d'Orthopédie*, N° 2, Mars 1926.)

L... entre à l'Hôpital Maritime annexe le 14 novembre 1922.

Réaction de Wassermann négative, cuti-réaction positive.

Diagnostic d'envoi : Mal de Pott lombaire et cervical.

Diagnostic définitif : Tuberculose des apophyses épineuses lombaires et cervicales.

L'examen du rachis montre une disparition de la lordose lombaire et un point douloureux à la pression de l'apophyse épineuse de L.4; une radiographie de profil bien centrée montre une perte de substance en coup d'ongle à l'extrémité de la 4^e apophyse épineuse lombaire.

A la région cervicale, un abcès en voie de collection est perçu derrière le sterno-cléido-mastoïdien droit.

La colonne cervicale est souple; le toucher pharyngien ne montre rien d'anormal; les réflexes sont normaux.

Une première radiographie de face et de profil est négative.

Une injection de lipiodol est pratiquée dans la poche de l'abcès.

Une seconde radiographie montre que le liquide d'injection est poussé jusqu'à l'apophyse épineuse de C.3.

Une fois établi le diagnostic d'abcès froid ou de fistule tuberculeuse, il reste encore à déterminer le siège de son point de départ.

Souvent ces suppurations dépendent d'une lésion siégeant au niveau de la colonne vertébrale. Il faut donc dans tous ces cas explorer méthodiquement ses portions dorsale et lombaire, et chercher les signes d'un mal de Pott qui pourrait être en cause.

Dans la grande majorité des cas, les suppurations pottiques s'accompagnent de signes cliniques et radiographiques suffisamment nets pour permettre un diagnostic précis.

Mais on peut voir parfois au niveau du thorax ou de la région lombaire des abcès qui dépendent d'un mal de Pott en évolution et qui constituent à eux seuls toute la symptomatologie de l'affection, sans qu'on puisse découvrir cliniquement d'autres signes permettant d'orienter le diagnostic vers cette hypothèse.

En effet, la contracture musculaire est un symptôme assez difficile à déceler lorsque les lésions siègent à la partie dorsale du rachis.

Dans un certain nombre de ces cas la radiographie qu'il faut toujours pratiquer lorsqu'on suspecte une

lésion vertébrale, permettra de vérifier ou d'établir le diagnostic.

Malheureusement, les signes radiographiques peuvent parfois être très peu nets ou manquer totalement et des destructions assez étendues situées au niveau des corps vertébraux peuvent passer inaperçues.

C'est surtout dans ces maux de Pott évoluant sans signes cliniques — mise à part, bien entendu, la présence d'un abcès ou d'une fistule — que les épreuves radiographiques sont parfois négatives, les lésions osseuses ne déterminant dans ces cas aucune modification des rapports normaux entre les corps vertébraux malades, et le foyer caséeux pouvant se projeter sur la radiographie avec la même opacité que l'os sain.

Cette absence des signes radiographiques dans certaines formes de mal de Pott a fait l'objet d'une communication de M. E. Sorrel et Mme Sorrel-Déjeune à la Société de Neurologie, le 18 février 1924.

Ainsi ils présentent une pièce anatomique d'un mal de Pott à double foyer avec destructions osseuses très importantes, lésion que les épreuves radiographiques (non seulement celles prises sur le vivant, mais aussi celles de la pièce débarrassée de toutes les parties molles) ne permettaient pas de découvrir.

Trois observations aussi de malades soignés à l'Hôpital maritime et dont l'une figure dans notre thèse (observation VIII) sont des exemples typiques des maux de Pott sans signes radiographiques et sans

aucun autre symptôme clinique de cette affection qu'un abcès fistulisé. Ces faits sont beaucoup plus fréquents dans les maux de Pott dorsaux et les observations XIX et XX ne sont pas les seules que nous ayons eu l'occasion d'étudier.

Plusieurs autres cas analogues nous permettent de conclure qu'en présence d'un abcès froid siégeant au niveau du thorax ou de la région lombaire, il faut toujours se méfier du mal de Pott, même si aucun signe ni clinique ni radiographique ne plaide en sa faveur.

Avant de prendre une décision thérapeutique autre, on pourrait s'assurer par des épreuves radiographiques après injection d'huile opaque que la collection ne présente aucun rapport avec la colonne vertébrale.

On évitera ainsi parfois des opérations non seulement inutiles, mais toujours dangereuses.

Le mal de Pott étant ainsi éliminé, une autre question se pose en présence de ces suppurations.

S'agit-il d'un abcès dont le point de départ est une lésion costale, ou d'une collection développée aux dépens des parties molles? Il est parfois assez difficile de répondre et les injections d'huile iodée que nous avons pratiquées dans ces cas ne nous ont pas donné des renseignements très précis.

Seule l'intervention chirurgicale (qui est d'ailleurs le traitement de choix dans tous ces cas) permettra d'en préciser l'origine.

Nous ne parlons pas des abcès froids d'origine pleurale, n'ayant pas eu l'occasion d'en étudier au moyen de ce procédé.

Enfin, le diagnostic du point de départ de certaines collections paravertébrales ou siégeant au niveau des apophyses épineuses peut prêter à discussion.

Les injections d'huile iodée permettront d'en préciser l'origine et de dépister parfois des lésions des lames ou des apophyses épineuses pouvant passer inaperçues à l'examen clinique et radiographique.

III. — ABCES DU COU ET DE LA NUQUE

Certains abcès et fistules d'origine vertébrale associés le plus souvent à des suppurations ganglionnaires peuvent donner lieu à des hésitations du diagnostic.

Ces collections dépendent d'un mal de Pott cervical ou cervico-dorsal apparaissent le plus souvent en arrière du sterno-cléido-mastoïdien et se fistulisent fréquemment soit à ce niveau, soit plus ou moins haut dans le creux sus-claviculaire.

Des fistules ganglionnaires ou des ganglions tuberculeux fluctuants avec périadénite et adhérent plus ou moins à la peau peuvent présenter les mêmes caractères cliniques que les suppurations pottiques.

C'est ainsi que le point de départ de ces dernières a pu être méconnu dans quelques cas — bien entendu très rares — de mal de Pott et mis sur le compte d'une adénopathie cervicale.

Cette erreur est presque toujours évitable par un examen clinique méthodique et par la mise en observation du malade.

Nos observations XXIV et XXV nous permettent de présenter deux exemples.

Par contre, dans certains cas analogues à l'observation XXVI, les signes cliniques peuvent faire com-

plètement défaut.

En effet, la raideur de la colonne cervicale due à la contracture musculaire ainsi que les douleurs arrivent à disparaître par l'immobilisation plus ou moins absolue, et l'absence de ces symptômes peut rendre le diagnostic hésitant.

La radiographie dans ces cas sera un précieux moyen d'investigation; mais l'interprétation de l'image radiographique de la colonne cervicale est assez délicate, en particulier chez l'enfant.

Les corps vertébraux sont en effet très petits et leurs points osseux en cours d'apparition sont parfois assez irréguliers de forme.

Des lésions siégeant à ce niveau peuvent passer inaperçues lorsqu'elles ne sont pas très étendues.

Dans le mal de Pott cervico-dorsal, à cause de la difficulté de trouver une bonne incidence des rayons, les radiographies sont souvent peu nettes et apportent un faible secours à l'examen clinique.

Enfin, dans le mal de Pott sous-occipital, les signes radiographiques peuvent aussi manquer ou être d'une appréciation difficile.

Mais dans tous les cas de mal de Pott cervical avec abcès et sans altérations vertébrales, le diagnostic de cette affection est possible.

La projection de la collection au-devant de la colonne vertébrale et le refoulement de la colonne claire aérienne (E. Sorrel et G. Mauric) qu'on peut voir sur de bonnes épreuves plaidera en faveur de ce diagnostic.

Un nouvel examen radiographique après injection d'huile iodée dans l'abcès permettra souvent de préciser le siège des lésions.

Cet examen nous aidera aussi à déterminer le point de départ de certains abcès de la nuque.

Ces collections peuvent être symptomatiques d'une ostéite occipitale, d'un mal de Pott sous-occipital, ou d'un mal vertébral postérieur dont nous avons présenté un exemple (observation XXIII).

OBSERVATION XXIV

Al..., Pierre, âgé de 17 ans, entre à l'Hôpital Maritime le 31 juillet 1923.

Réaction de Wassermann négative, cuti-réaction positive.

Diagnostic d'envoi : Adénite cervicale suppurée.

Diagnostic définitif : Mal de Pott sous-occipital.

Le début de l'affection actuelle remonte en mars 1923. A cette date est apparue une tuméfaction au niveau du cou pour laquelle le malade consulte à l'Hôpital de la Charité.

Le diagnostic d'adénite du cou est porté, et Al... continue à travailler jusqu'en juillet 1923.

L'examen du malade est pratiqué le 8 août 1923.

On note : une ulcération avec gros décollement cutané dans la région sterno-cléido-mastoïdienne droite et une fistule sous-angulo-maxillaire du même côté suppurant abondamment.

Les mouvements de flexion et d'extension de la tête sont assez étendus; par contre les mouvements de latéralité et de rotation sont limités.

La suppuration cervicale pourrait expliquer en partie cette limitation des mouvements; mais l'hypothèse d'une lésion vertébrale est aussi à envisager.

Le redressement de la colonne cervicale et l'effacement de la fossette sous-occipitale plaident en faveur d'une lésion des premières vertèbres cervicales.

Il n'y a pas d'abcès rétro-pharyngien et les réflexes des membres supérieurs et inférieurs sont normaux.

Le diagnostic du mal de Pott sous-occipital est confirmé par les radiographies faites en septembre 1923; elles nous montrent une légère luxation en avant de l'atlas et un abcès prévertébral refoulant la colonne claire aérienne.

En novembre 1923 apparaît dans le creux sus-claviculaire un abcès qui est ponctionné à plusieurs reprises.

La suppuration par la plaie sterno-mastoïdienne et la fistule angulo-maxillaire continue très abondante.

L'état général du malade s'altère de plus en plus et l'Al... meurt de granulie le 15 juin 1924.

OBSERVATION XXV

De..., Yvonne, âgée de 19 ans, entre à l'Hôpital Maritime annexe le 11 août 1923.

Réaction de Wassermann négative, cuti-réaction positive.

Diagnostic d'envoi : Mal de Pott dorsal et adénite sus-claviculaire.

Diagnostic définitif : Mal de Pott à deux foyers : dorsal inférieur et dorsal supérieur.

A l'examen pratiqué le 16 août 1923, on note : deux gibbosités au niveau de la colonne dorsale, l'une à sa partie supérieure et l'autre à sa partie inférieure.

Les vertèbres intéressées semblent être les 6°, 7° et 8° V. D. qui forment la première gibbosité; la 11° et la 12° V. D. constituant la seconde.

Dans le creux sus-claviculaire droit persiste une fistule suppurant légèrement, entourée de petits ganglions sans péri-adénite et non suppurés.

Le long des vaisseaux du cou des deux côtés existent aussi des ganglions peu volumineux.

L'origine de cette fistule pourrait donc dépendre d'un ganglion sus-claviculaire suppuré; mais son exploration nous montre que le trajet fistuleux conduit en bas et en dedans et la sonde s'enfonce de 4 cm. environ.

La radiographie de la colonne dorsale nous montre nettement qu'elle dépend de la lésion vertébrale.

En effet les vertèbres intéressées sont les 6°, 7° et 8° vertèbres dorsales; mais il existe un gros décollement paravertébral droit se prolongeant sur presque toute la hauteur de la colonne dorsale, ce qui explique le trajet de cet abcès.

Radiographiquement, les vertèbres constituant le second foyer pottique sont les 11° et 12° vertèbres dorsales et la 1° V. L. en partie soudées.

La fistule sus-claviculaire se ferme en novembre 1924. Les deux foyers pottiques ont évolué ensuite sans autre complication.

Une ostéosynthèse par greffon d'Albée a été faite sur le premier foyer en décembre 1925 et la malade a quitté l'Hôpital en très bonne santé, le 30 septembre 1926.

OBSERVATION XXVI

D..., Eugénie, âgée de 11 ans, entre à l'Hôpital Maritime le 21 octobre 1922.

Réaction de Wassermann négative, cuti-réaction positive.

Diagnostic d'envoi : Adénite cervicale suppurée.

Diagnostic définitif : Mal de Pott cervical avec abcès fistulisé et adénite cervicale.

A l'examen de l'enfant pratiqué le 25 octobre 1922, le diagnostic d'adénite est confirmé.

Il existe en effet : un ganglion carotidien supérieur droit suppuré et fistulisé.

Des ganglions carotidiens inférieurs et angulo-maxillaires gauches suppurés et fistulisés; on note 5 fistules dans la région cervicale gauche.

Une gomme de la joue gauche.

Soignée pour son adénite, l'enfant va à la plage où elle passe une partie de sa journée sans accuser aucune douleur ni fatigue.

En juillet 1923, on constate que ses ganglions ont diminué de volume. La suppuration persiste, mais sur les 5 fistules cervicales gauches 3 sont cicatrisées et la

fistule carotidienne droite est aussi tarie. Le ganglion sous-jacent a diminué de volume.

En septembre 1923 apparaît un abcès rétro-sterno-mastoïdien considéré comme dépendant d'un ganglion suppuré. Cet abcès, ponctionné à plusieurs reprises, s'est fistulisé en juillet 1924.

La fistule rétro-sterno-mastoïdienne suppure assez abondamment et l'origine de cette suppuration paraît discutable.

Les mouvements du cou sont absolument libres et le rachis est souple dans l'ensemble sauf au niveau de la 4° et de la 5° V. C. et la 4° V. C. paraît reculée.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont un peu vifs.

Un examen radiographique après injection d'huile iodée dans l'abcès est pratiqué en août 1924.

Sur les épreuves de face et de profil, on se rend compte que le trajet de l'abcès commence au niveau de la 4° vertèbre cervicale. Cette vertèbre est en partie altérée et les lésions quoique peu étendues sont assez nettes.

Le diagnostic du mal de Pott cervical est posé et à cause de la suppuration du cou l'enfant est maintenue au lit avec une extension continue de la tête; mais, assez indisciplinée, elle continue à marcher et de nouvelles radiographies faites en juillet 1925 montrent une légère accentuation des lésions.

A l'examen clinique pratiqué à cette date on constate que la suppuration cervicale est moins abondante qu'au précédent examen.

Il persiste un redressement de la colonne vertébrale sans gibbosité ni point douloureux vertébral.

Tous les mouvements du cou sont un peu limités.

Un premier appareil (corset avec minerve fenêtré au niveau de la fistule cervicale) lui est appliqué.

La fistule cervicale est fermée en juin 1926.

L'enfant est encore en traitement actuellement à l'Hôpital Maritime.

IV. — ABCÈS DES FOSSES ILIAQUES

Un abcès froid de la fosse iliaque fermé ou fistulisé est presque toujours symptomatique d'une lésion vertébrale.

Lorsque cet abcès siège dans l'épaisseur même du psoas, aucune discussion n'est possible sur son point de départ.

L'examen de la colonne vertébrale confirmera presque toujours cette hypothèse.

Seule, la localisation précise du foyer pottique peut parfois présenter une difficulté de diagnostic.

Il en est autrement lorsque la collection, ayant fusé sous l'aponévrose iliaque, vient se présenter au niveau de la paroi abdominale au-dessus de l'arcade crurale et en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Il est bien entendu qu'en présence d'une poche d'abcès siégeant dans la fosse iliaque, on doit immédiatement songer à un mal de Pott et porter ses investigations du côté de la colonne vertébrale.

Mais il faut se rappeler que d'autres localisations peuvent donner lieu à des collections semblables.

Les lésions de l'os iliaque, du sacrum, de l'ostéoarthrite de la hanche avec perforation du cotyle ou

des ganglions rétrocruraux suppurés peuvent en être la cause.

Nous avons déjà rappelé et nous avons suffisamment insisté sur l'absence des signes cliniques et radiographiques dans certaines localisations osseuses et en particulier dans le mal de Pott.

Des abcès de la fosse iliaque peuvent présenter la même difficulté diagnostique, difficulté que nous avons pu surmonter grâce aux injections d'huile iodée.

Parmi ces cas, nous ne retiendrons que les deux observations suivantes :

OBSERVATION XXVII

(E. Sorrel et A. Delahaye, in *Revue d'Orthopédie*,
N° 2, mars 1926)

D... Jeanne, âgée de 15 ans, entre à l'Hôpital Maritime annexe, le 15 octobre 1924.

Diagnostic d'envoi : Ostéite de l'aile iliaque avec abcès de la fosse iliaque droite.

Diagnostic définitif : Mal de Pott lombaire supérieur avec abcès de la fosse iliaque interne.

L'examen de la malade est pratiqué le 17 octobre 1924.

L'abcès de la fosse iliaque, apparu en août 1924, est presque fistulisé. L'aile iliaque est difficile à palper.

Il existe une luxation congénitale droite non réduite avec forte ascension du fémur.

L'examen du rachis dorso-lombaire, qui est souple, montre un léger recul de l'apophyse épineuse de L. 2.

Une injection d'huile iodée dans l'abcès après ponction est faite. On voit un gros amas de liquide opaque au niveau de la poche inférieure de l'abcès, puis une mince traînée suivant le bord externe du psoas remonte jusqu'au niveau de L. 1, L. 2, partiellement détruites et effondrées.

OBSERVATION XXVIII

Au... Louis, âgé de 28 ans, entre à l'Hôpital Maritime annexe le 12 avril 1924.

Diagnostic d'envoi : Mal de Pott.

Diagnostic définitif : Mal de Pott lombaire ; vertèbres atteintes, L. 2, L. 3.

L'examen du malade est pratiqué le 16 avril 1924. On constate trois fistules, dont deux en avant et en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, et la troisième dans la fosse iliaque gauche.

Elles suppurent abondamment et la pression des fosses iliaques fait sortir du pus.

L'examen de la colonne vertébrale nous montre une forte scoliose dorso-lombaire datant de l'enfance, à convexité droite, avec gibbosité costale postérieure.

Les mouvements du tronc sont un peu limités par une légère contracture musculaire, mais ne sont pas douloureux.

A la pression des apophyses épineuses, on ne découvre pas de point douloureux net.

Il n'y a aucun trouble moteur, et les réflexes rotulien et achilléen sont normaux.

Le diagnostic de mal de Pott ne paraît pas douteux

cliniquement, mais ni l'examen du malade, ni les radiographies successives ne permettent de localiser la lésion, à cause de l'importance de la déviation vertébrale.

Une injection d'huile iodée est pratiquée le 7 mai 1925.

On injecte 12 centimètres cubes de lipiodol dans une des fistules de la fosse iliaque gauche, au moyen d'une sonde en gomme qui s'enfonce de 10 centimètres environ dans le trajet.

Le lipiodol injecté ressort en partie par l'orifice de la fosse iliaque gauche.

L'image radiographique nous montre que les lésions vertébrales siègent entre L. 2 et L. 3.

La substance opaque se projette entre ces deux vertèbres malades et s'étale à la partie droite de la colonne, montrant l'existence d'une poche d'abcès paravertébrale droite. La suppuration des deux fosses iliaques dépend donc du même foyer pottique, et les deux abcès communiquent entre eux.

Le malade est encore en traitement à l'Hôpital, les fistules iliaques continuant à suppurer.

V. — ABCÈS ET FISTULES DES MEMBRES

Le diagnostic du point de départ de ces abcès — mises à part les suppurations de la cuisse que nous avons déjà étudiées — ne présente pas les difficultés que nous avons rencontrées dans les autres régions.

Symptomatiques d'une ostéite tuberculeuse ou développées primitivement dans le tissu cellulaire, ces collections présentent des signes cliniques et radiographiques suffisamment nets, et de ce fait il est en général aisé de les différencier.

En effet, l'exploration du squelette et des articulations est assez facile, et une lésion localisée dans les os des membres passerait difficilement inaperçue à un examen méthodique et répété.

D'ailleurs, les abcès qui en résultent se présentent presque toujours dans le voisinage immédiat des lésions.

Les épreuves radiographiques suppléent heureusement à l'examen clinique et elles nous permettent de préciser le siège et l'étendue du foyer osseux.

Ce n'est que si ces examens prouvent l'intégrité du squelette et des articulations avoisinantes à l'abcès qu'on a le droit d'affirmer son origine dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Mais parfois, malgré ces examens, le diagnostic reste hésitant.

Parmi ces abcès, nous pouvons noter :

Aux membres inférieurs :

Ceux de la face dorsale du pied, dont le diagnostic avec les collections d'origine osseuse est parfois assez délicat, d'autant plus qu'on peut observer sur la radiographie une décalcification des os de l'anté-tarse ;

Les abcès froids du mollet (les gommages du mollet), qui sont les plus fréquents de tous les abcès des parties molles observés à l'Hôpital Maritime.

Ils peuvent prêter à confusion avec les suppurations d'origine osseuse ; nous avons eu l'occasion d'en étudier un cas particulièrement intéressant.

Il s'agissait d'un malade présentant une fistule à 10 centimètres environ de la malléole externe, et dont le point de départ était une ostéite de la partie supérieure du calcanéum.

Aux membres supérieurs : il nous a été donné d'observer quelques cas d'abcès siégeant à la face dorsale du poignet et de la main, et dont le point de départ n'a pu être précisé qu'à l'intervention.

Enfin, au niveau du bras, nous avons eu l'occasion d'examiner un abcès fistulisé dont l'origine a présenté certaines difficultés diagnostiques.

Quoiqu'il s'agisse d'ostéomyélite et non de tuberculose, cette observation, rédigée par le Docteur A. Delahaye (de Berck), peut avoir sa place dans cette

étude. L'injection d'huile iodée dans la fistule a permis de compléter et de préciser le diagnostic clinique.

OBSERVATION XXIX

(E. Sorrel et A. Delahaye, in *Revue d'Orthopédie*,
N° 2, mars 1926)

V... Henri, âgé de 14 ans, entre à l'Hôpital Maritime le 12 septembre 1923.

Réaction de Wassermann et cuti-réaction négatives.

Diagnostic d'envoi : coxalgie gauche.

Diagnostic définitif : arthralgies diverses (hanche, coude, genou), secondaires à une ostéomyélite chronique d'emblée à plusieurs foyers. Fistule de la face postérieure du bras gauche, en rapport avec un foyer d'ostéomyélite avec séquestre du bord axillaire de l'omoplate gauche, découvert par la radiographie après injection intra-fistuleuse d'huile iodée. Nous rapportons en détail cette observation, à cause de l'intérêt clinique qu'elle présente.

L'examen de l'enfant est pratiqué le 15 septembre 1923. Depuis les premiers jours de juin 1923, le malade souffre, au niveau de la hanche gauche, de douleurs survenues brusquement, au dire de sa famille, après une broncho-pneumonie. Ces arthralgies durent deux mois ; on immobilise la jambe dans un grand plâtre en août 1923, à l'Hôpital Trousseau, et on envoie l'enfant à Berck, avec le diagnostic de coxalgie.

A son entrée à l'Hôpital Maritime, l'enfant présente une hanche gauche empâtée, sans adénopathie rétro-

crurale. La cuisse est en abduction, flexion et rotation externe légères ; tout mouvement spontané ou provoqué éveille la douleur.

La radiographie de la hanche est négative.

Le membre inférieur est mis en extension ; en quinze jours, les signes fonctionnels et physiques disparaissent complètement.

A cette époque apparaît une légère hydarthrose du genou gauche ; l'articulation est chaude, douloureuse, les mouvements de flexion sont limités. Aucune lésion n'est visible à la radiographie.

Le 30 novembre 1923, l'hydarthrose du genou a disparu.

Le 3 janvier 1924, l'enfant se plaint de douleurs dans le coude gauche, sans que l'examen clinique ou radiographique révèle rien de précis ; ces douleurs disparaissent le 12 janvier.

Du 12 janvier au 28 mars, l'enfant marche sans fatigue et reprend peu à peu une existence normale.

Le 20 mars 1924, un nouvel examen permet de constater deux autres localisations apparues de façon remarquablement latente :

1° Un abcès à l'extrémité antérieure de la troisième côte gauche. Une ponction ramène du pus à polynucléaires et à staphylocoques.

2° Un petit abcès à la face postérieure de la racine du bras gauche ; sa fistulisation s'opère en quelques jours, et, par l'orifice de la fistule, sort un minuscule séquestre verdâtre, dentelé, « en clocher de cathédrale », d'aspect ostéomyélique.

L'examen attentif du squelette de la ceinture scapulaire, des côtes et du bras, ne permet pas de se rendre compte de l'origine de la fistule.

Le 23 avril 1924, le trajet fistuleux est exploré radiographiquement après injection d'huile iodée : l'huile pénètre dans une longue cavité creusant le bord axillaire de l'omoplate.

Immédiatement en dehors de la traînée opaque, on aperçoit un séquestre. D'autre part, une radiographie du squelette costal montre une lésion d'ostéite de l'extrémité antérieure de la troisième côte gauche.

L'intervention, pratiquée le 8 mai 1924, confirme ces données.

TECHNIQUE DES INJECTIONS D'HUILE IODEE

Les injections d'huile iodée dans certains abcès tuberculeux fermés ou fistulisés nous ont facilité particulièrement le diagnostic de leur point de départ.

Nous croyons avoir précisé suffisamment les indications de cette méthode.

La technique que nous avons suivie, et que nous allons décrire, est employée depuis 1922 à l'Hôpital Maritime.

Elle a été publiée par les Docteurs E. Sorrel et A. Delahaye, dans la *Revue d'Orthopédie* (mars 1926, n° 2).

1° Matériel

« a) Une seringue en verre de 10 cc., munie d'oreil-
« les métalliques permettant un appui solide pour
« pousser le piston.

« b) Un jeu de sondes en gomme, type d'instilla-
« tion vésicale.

« c) L'huile iodée stérilisée, en ampoules ou en
« petits flacons d'aluminium (lipiodol).

2° Technique à suivre en cas de trajet fistuleux

« Les fistules à étudier ont tantôt un orifice à
« fleur de peau, tantôt en cul de poule, tantôt dé-
« primé au fond d'un puits cutané.

« La peau avoisinante peut être saine, cicatricielle
« ou décollée. Leur trajet est unique ou multiple,
« court ou long, ou large, étroit, tortueux. Des dé-
« collements en cul de sac peuvent exister dans la
« profondeur.

« Avant l'exploration, le champ opératoire doit
« être aseptisé avec toutes les précautions habi-
« tuelles.

« Le conduit fistuleux est alors minutieusement
« étudié à l'aide de la sonde munie de son mandrin.
« Tous les trajets sont repérés. »

On enfonce doucement la sonde, et sa pénétration peut être pénible dans les cas de trajet étroit ou tortueux, et force est quelquefois d'employer un numéro de sonde plus petit.

Quand la sonde est arrivée à bout de course, on retire le mandrin, on remplit la seringue d'huile iodée préalablement tiédie, et on l'adapte à la sonde, soit à frottement dur, soit par un embout à pas de vis ; on pousse lentement le liquide, qui, grâce à la pression donnée, va baigner le trajet et ses interstices perméables.

Lorsqu'une goutte d'huile iodée sourd à l'orifice venant de la profondeur, on arrête l'injection.

La sonde est laissée à demeure, recouverte d'une compresse, et son orifice fermé avec une pince.

Puis le malade est mis dans des positions variables permettant la diffusion plus grande du liquide suivant les lois de la pesanteur ; par exemple, on met-

tra en position de Trendelenbourg les malades présentant un abcès fistuleux de la fosse iliaque.

Grâce à cette position, et surtout par la pression de l'injection, le liquide imprègne les parois du trajet.

Il y a avantage à radiographier le malade en laissant la sonde à demeure, ce qui permet d'une part de porter le liquide le plus loin possible, et d'autre part de radiographier le trajet complet de l'abcès.

3° Technique à suivre en cas d'abcès fermé

Après ponction simple de l'abcès, avec un trocart ordinaire, la seringue à ponction est chargée d'huile iodée, et le liquide est poussé dans la poche par l'intermédiaire du trocart.

Une fois la quantité suffisante injectée, le trocart est retiré, et l'orifice de ponction pansé suivant les règles ordinaires.

Pour tirer le maximum de renseignements, il faut que l'huile iodée ait bien imprégné toute la poche de l'abcès, faute de quoi l'image radiographique nous montrerait des plages noires, isolées, et souvent restant bien à distance du foyer osseux.

Pour faciliter un contact intime entre l'huile iodée et les parois de l'abcès, on peut se contenter des indications données ci-dessus (positions variables).

Mais il serait préférable d'attendre deux ou trois jours avant d'effectuer la radiographie ; ce temps augmentera la diffusion de la substance opaque.

ETUDE DES EPREUVES RADIOGRAPHIQUES

Il est absolument indispensable d'avoir plusieurs radiographies prises dans des positions différentes : *de face, de profil*, et dans certains cas sous des angles variables.

Il est utile aussi d'avoir des épreuves radiographiques récentes avant l'injection de la substance opaque.

Pour rattacher un abcès à un foyer d'ostéite invisible sur les radiographies antérieures, il faut que le trajet opaque aboutisse au même point sur les différentes épreuves. Nous verrons l'importance de cette donnée lorsque nous étudierons les causes d'erreur particulières à cette méthode.

Dans les cas de collections peu étendues et bien limitées, l'image radiographique peut reproduire fidèlement la forme de l'abcès (Observation VII).

Dans ce cas, l'injection d'huile iodée ne nous a pas permis de rattacher l'abcès à un foyer d'ostéite et nous a autorisé à porter le diagnostic de bursite trochantérienne vérifié à l'intervention.

Dans des cas semblables, il ne semble pas possible d'éliminer à coup sûr l'origine osseuse.

Cette méthode apporte au diagnostic de grandes probabilités, mais non une certitude absolue.

Dans les abcès migrants, l'huile opaque arrive parfois à atteindre le point d'origine.

Ces cas sont d'interprétation facile et, grâce à ces injections, on peut étudier le trajet fistuleux, la poche de l'abcès et le foyer osseux (Observation VI).

Ici, le diagnostic est évident et ne peut pas prêter à discussion.

Mais, le plus souvent, le lipiodol ne remonte pas jusqu'au foyer initial. L'image radiographique nous montre une partie seulement du trajet qui se projette sous forme de traînées opaques entrecoupées par endroits.

Enfin, dans d'autres cas, la plus grande quantité du lipiodol reste dans la poche, et seules quelques traces fusent plus haut, « flèche dénonciatrice de la lésion. » (Sicard.)

Les données cliniques complèteront dans ce cas les résultats radiographiques, et la connaissance d'une partie du trajet anatomique de l'abcès permettra d'envisager un diagnostic de probabilité plus grande et d'éliminer une localisation incapable de donner lieu à un abcès semblable.

Par exemple, une fistule siégeant à la région trochantérienne ne saurait reconnaître pour cause une trochantérite lorsqu'une partie de l'huile iodée, même minime, remonte jusqu'à la fosse iliaque.

Par contre, un examen plus minutieux du rachis permettra parfois de réformer utilement un diagnostic antérieur.

Sans crainte de nous répéter, nous tenons à faire remarquer que ce sont là les renseignements les plus fréquemment fournis par l'examen lipiodolé.

Si ces cas sont de diagnostic relativement facile, il en est d'autres dont l'interprétation peut prêter à erreur. En effet, il peut arriver que le lipiodol injecté stagne dans la partie inférieure de l'abcès, ne nous renseignant qu'imparfaitement sur son étendue et son point d'origine.

Cette absence de diffusion de l'huile peut-être due soit à un contenu trop épais (caséum), soit à des diverticules pris pour l'abcès lui-même.

Nous ferons une mention à part des abcès qui ont perdu tout rapport avec leur point d'origine, évoluant secondairement pour leur propre compte, et nous y rattacherons certaines collections dont le trajet peut être oblitéré soit par des fongosités, soit par un séquestre.

Il est évident que, dans ces cas, le lipiodol ne pourra pas remonter jusqu'au point d'origine de l'abcès, et que le diagnostic peut rester inconnu ou erroné.

Dans un cas particulier (Observation XX), l'examen lipiodolé nous avait fait porter le diagnostic d'ostéite costale, et l'intervention a montré qu'il s'agissait d'un mal de Pott dorsal. Le trajet de l'abcès était oblitéré par des fongosités.

Nous pouvons signaler aussi d'autres causes d'erreur relevant d'une technique insuffisante :

En faisant un examen lipiodolé sans épreuve radiographique, on s'expose à masquer un foyer évident.

De même, une seule épreuve radiographique après injection peut conduire à un diagnostic erroné, par projection du trajet sur un plan postérieur. L'épreuve de profil absente l'aurait localisé dans le plan frontal.

Il est donc indispensable de faire au moins ces deux pour localiser le trajet dans l'espace.

Des traces de lipiodol sous l'épiderme pourraient donner l'illusion d'un trajet profond, et là encore les radiographies prises sous diverses incidences feront éviter l'erreur.

La forme circulaire du thorax donne lieu à de grandes difficultés pour la localisation d'un trajet, les côtes se projetant les unes sur les autres.

Nulle part il ne sera plus utile qu'ici de multiplier les clichés pour arriver à un diagnostic définitif : Car ici plus qu'ailleurs les causes d'erreur sont fréquentes, et, plus qu'ailleurs peut-être, il faudra n'accorder sa confiance à l'examen lipiodolé qu'après avoir confronté ses données avec celles de l'examen clinique, qui garde ici toute sa valeur.

CONCLUSIONS

I. — L'origine de certains abcès froids fermés ou fistulisés est parfois difficile à diagnostiquer cliniquement.

II. — Dans quelques régions, véritables carrefours aboutissants, les difficultés peuvent être considérables.

III. — Dans ces cas, après avoir fait un examen clinique et radiographique, si la difficulté persiste, un nouveau moyen d'investigation s'offre, c'est la radiographie des abcès froids et fistules tuberculeuses après injection d'huile iodée.

IV. — La technique en est facile, à condition de suivre les indications précisées.

Comme toute méthode d'examen, cette méthode a des imperfections. Il faut en tenir compte et ne pas s'y fier aveuglément. De toute façon, elle a le grand avantage d'être d'une inocuité absolue si elle est employée avec l'asepsie la plus parfaite.

Vu : *Le Doyen*,
ROGER.

Vu : *Le Président de Thèse*,
LEJARS.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

